

Caracterización del dolor en una muestra de pacientes con trastornos mentales que reciben
atención psicológica en la provincia Sabana Centro.

Tatiana Carolina Niño Bogoya

Universidad de La Sabana

Resumen

En Colombia, la mayoría de los estudios sobre el dolor se han realizado desde la disciplina médica con un énfasis en enfermedades específicas o mediante el desarrollo de revisiones teóricas de la literatura existente vinculada a los mecanismos biológicos involucrados. Son escasos los estudios que exploran el dolor en población con trastornos mentales. Esta investigación tuvo como objetivo caracterizar la experiencia de dolor en adultos con trastornos mentales que reciben atención psicológica en la provincia Sabana Centro. Se planteó un estudio cuantitativo, con un diseño no experimental y de alcance exploratorio. Los participantes diligenciaron el Cuestionario McGill (Melzack, 1975), adaptado y validado para Colombia por Bejarano, Osorio, Rodriguez y Berrío (1985), a fin de evaluar la experiencia del dolor. Los resultados indican que el dolor está en mayor medida influenciado por los estados emocionales del individuo (dimensión afectiva), su percepción somatosensorial (dimensión sensorial) y finalmente por sus aspectos culturales y experienciales (dimensión evaluativa). Adicionalmente, se encontró que el dolor puede ocasionar disminución en la capacidad para realizar actividades, dormir y comer. En cuanto a los trastornos mentales, los pacientes con dolor crónico y agudo presentan diagnósticos asociados a trastornos de ansiedad, mientras que las personas con dolor crónico, tienen diagnósticos de trastornos depresivos. Los resultados sugieren la importancia de describir el dolor y las características psicológicas de los pacientes a fin de tenerlos en cuenta a la hora de proveer tratamientos integrales e interdisciplinarios.

Palabras Clave: Dolor, psicología, ansiedad, depresión, salud mental

Abstract

Most studies on pain have been conducted in Colombia from the medical discipline with an emphasis on specific diseases or by developing theoretical reviews of the existing literature linked to the biological mechanisms involved. Studies exploring pain in populations with mental disorders are scarce. This research aimed to characterize the experience of pain in adults with mental disorders who receive psychological care in Sabana Centro province. A quantitative study was proposed, with a non-experimental design and exploratory scope. The McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1975), adapted and validated for Colombia by Bejarano, Osorio, Rodríguez and Berrío (1985), was applied in order to assess the experience of pain. The results indicate that pain is highly influenced by the emotional states of the individual (affective dimension), their somatosensory perception (sensory dimension) and finally by their cultural and experiential aspects (evaluative dimension). Also, it was found that pain can cause a decrease in the ability to perform activities, sleep and eat. Regarding mental disorders, patients with chronic and acute pain present diagnoses associated with anxiety disorders, while people with chronic pain have diagnoses of depressive disorders. The results suggest the importance of describing the pain and psychological characteristics of the patients in order to take them into account when providing comprehensive and interdisciplinary treatments.

Keywords: Pain, psychology, anxiety, depression, mental health

Tabla de Contenido

| | |
|---------------------------|----|
| Marco Teórico | 14 |
| Estado del Arte | 28 |
| Pregunta de Investigación | 31 |
| Objetivo General | 31 |
| Objetivos Específicos | 31 |
| Paradigma | 32 |
| Método | 32 |
| Consideraciones Éticas | 40 |
| Resultados | 42 |
| Discusión | 54 |
| <u>Referencias</u> | 60 |
| Apéndices | 74 |

Índice de Tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Instrumentos para la medición del dolor | 20 |
| Tabla 2. Categorías de evaluación del cuestionario del dolor McGill | 37 |
| Tabla 3. Datos sociodemográficos de los participantes y diagnóstico psicológico | 43 |
| Tabla 4. Diagnóstico psicológico asociado a la localización del dolor, tiempo de evolución del dolor y medicamentos para tratamiento del dolor. | 43 |
| Tabla 5. Localización y carácter del dolor | 45 |
| Tabla 6. Distribución porcentual de las categorías que componen la experiencia de dolor en pacientes con trastornos mentales | 47 |
| Tabla 7. Síntomas acompañantes | 49 |
| Tabla 8. Alteración ocasionada por el dolor en la actividad diaria | 50 |
| Tabla 9. Afectación producida por el dolor en el patrón de sueño | 51 |
| Tabla 10. Afectación causada por el dolor en el apetito | 51 |
| Tabla 11. Diagnóstico psicológico, índice total del dolor e intensidad actual del dolor | 51 |

Índice De Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Bases neurales de la percepción del dolor | 17 |
| Figura 2. Cantidad de pacientes por localización anatómica del dolor. | 46 |
| Figura 3. Dimensión afectiva y trastornos mentales | 48 |
| Figura 4. Dimensión sensorial y trastornos mentales | 48 |
| Figura 5. Dimensión evaluativa y trastornos mentales | 49 |
| Figura 6. Diagnóstico psicológico, índice total del dolor e intensidad actual del dolor | 52 |
| Figura 7. Diagrama de dispersión y promedio del índice total y actual del dolor | 53 |

Caracterización del dolor en una muestra de pacientes con trastornos mentales que reciben atención psicológica en la provincia Sabana Centro.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional asociada al daño tisular real o potencial, o descrita en términos de tal daño” (International Association for the Study of Pain IASP, 1994, p.210). Por su parte, Rathmell y Fields (2015) señalan que el dolor configura una experiencia subjetiva y que su intensidad dependerá de las circunstancias, perspectivas y condición psicológica del paciente.

El dolor afecta a todas las personas en algún momento de su vida, es una experiencia universal y multidimensional moldeada por la interacción entre aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales, y produce un malestar emocional significativo (Olivares & Cruzado, 2008). Al presentarse el estímulo doloroso, el organismo reacciona como un todo, disparando una serie de procesos físicos y psicológicos, mediados por el aprendizaje y las condiciones socioculturales del individuo (González, 2014). Así, los factores cognitivos, emocionales y sociales desempeñan un rol significativo en la experiencia de dolor y tienen una influencia directa en el inicio, desarrollo y la prolongación de los cuadros de dolor (González, 2014).

De acuerdo con Marina (2017), en el estudio del dolor se conserva, aún en la actualidad, un interés mayor por los aspectos sensoriales que por los cognitivos, psicosociales y emocionales. Este autor también indica que se carece de una descripción y clasificación de las enfermedades que integre y logre articular la comprensión de los síntomas dolorosos y el contexto psicopatológico, más allá de los reconocidos trastornos somatomorfos. Estos trastornos son denominados en el DSM-5 (2014) como trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados que se caracterizan por la presencia de síntomas somáticos asociados a malestar y

deterioro, reforzando la posición dualista mente-cuerpo (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Según Morley (2008), para comprender la respuesta del dolor en referencia a los procesos psicológicos, es importante reconocer el impacto que éste tiene en tres aspectos fundamentales: la interrupción de la actividad cognitiva y conductual, la interferencia que produce en el desempeño cotidiano y la amenaza hacia la identidad personal. Así, cuando el estímulo doloroso interrumpe, aparecen consecuencias emocionales como la frustración y el incremento del ánimo negativo; cuando interfiere en las actividades, disminuye la percepción de autoeficacia; y cuando amenaza la identidad, el sujeto pierde el sentido de quién es y lo que podría llegar a ser, viendo limitaciones para el logro futuro de los objetivos vitales (Morley, 2008).

Dentro de la práctica clínica, la evaluación y el tratamiento del dolor se han convertido en un desafío, teniendo en cuenta que la interacción entre la percepción física y el impacto emocional que produce, pueden contribuir en la aparición de un estado psicológico alterado que afecte la expresión del dolor (Simons, Elman, & Borsook, 2014). De esta forma, el deterioro de las funciones cognitivas, emocionales, conductuales, interoceptivas y perceptivas que produce el dolor, también lo empeoran y, adicionalmente, inducen la aparición de estados afectivos negativos y comportamientos desadaptativos asociados a enfermedades mentales (Simons, Elman, & Borsook, 2014).

Se ha encontrado, que los factores psicosociales influyen en las creencias y actitudes respecto a la experiencia de dolor que pueden afectar de forma negativa su evolución y el curso de los tratamientos (Guic, Rebolledo, Galilea, & Robles, 2002). Entre los aspectos psicosociales, están los factores emocionales (miedo-ansiedad, depresión, estrés emocional), los factores cognitivos (creencias y actitudes, catastrofización, miedo-evitación del dolor, baja expectativa de

recuperación, baja autoeficacia), la conducta de enfermedad y dolor (actitudes corporales, expresiones verbales, descanso, restricción de la movilidad, uso de analgésicos o búsqueda de atención médica), los factores sociales (empatía personal, apego), el trauma y los factores laborales (insatisfacción laboral, exigencias físicas del trabajo, ausencia por enfermedad) (González, 2014).

Diversas investigaciones han estudiado estos factores, logrando concluir que el dolor y los síntomas psicológicos pueden potencializarse mutuamente lo que resulta en una agudización del dolor y el deterioro de la salud mental (Gerrits, et al., 2012). Manchikanti, Fellows y Singh (2002) indican que un gran porcentaje de los pacientes con dolor crónico (entre el 50% y el 66%) presentan trastornos psicológicos tales como depresión, ansiedad, trastornos somatomorfos, trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos y, ocasionalmente, trastornos de la personalidad. Así mismo, estos autores reconocen que la influencia entre la psicopatología y el dolor es bidireccional.

En este sentido, una encuesta desarrollada en 15 países de Europa e Israel en la que participaron 46.394 personas mayores de 18 años, encontró que el dolor crónico genera un impacto emocional significativo (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006). La encuesta indica que, a causa del dolor, el 21% de los pacientes tienen depresión, el 43% de los entrevistados se sienten indefensos, el 32% se sienten de mayor edad de lo que realmente son y el 26% no dedican un espacio para su cuidado personal, demostrando así que el dolor crónico también genera una afectación en la autoestima (Breivik et al., 2006).

Por su parte, Tsang et al. (2008) realizaron un estudio en 17 países (10 países desarrollados y 7 en vía de desarrollo) que describe la prevalencia por edad y género de las condiciones de dolor crónico comunes (dolor de cabeza, espalda o cuello, articulaciones, entre

otros) y su asociación con el espectro de trastornos depresivos y de ansiedad. Estos autores encontraron que hay una mayor prevalencia de condiciones crónicas dolorosas entre mujeres y personas mayores y que el dolor crónico se asoció de manera similar con trastornos del espectro depresión-ansiedad.

Por otra parte, Jackson et al. (2016), encontraron que 8 de las 12 principales patologías que ocasionan discapacidad (dolor lumbar, dolor en el cuello, migraña, artritis, enfermedades musculoesqueléticas, depresión, ansiedad, uso de drogas), están relacionadas con el dolor crónico o con las condiciones psicológicas asociadas al dolor persistente. Igualmente, se halló que aquellos individuos con dolor generalizado (en todo el cuerpo) son más propensos a presentar problemas de salud mental (Jackson, et al., 2016).

En el departamento de Caldas en Colombia, un estudio realizado en 504 personas con edades entre 18 y 91 años, encontró que el dolor crónico influye negativamente en el bienestar psicológico y en el estado de ánimo, de forma que, el 50% de la muestra manifestó un compromiso, entre moderado y severo, del estado de ánimo y el 21% refirió un nivel bajo de bienestar psicológico (Díaz, Marulanda, & Sáenz, 2009). Adicionalmente, el 87% de los pacientes ambulatorios con dolor crónico presentaron trastornos depresivos (incluye la distimia y la depresión mayor) (Díaz et al., 2009).

Este panorama demuestra la necesidad de desarrollar investigaciones que exploren el dolor en población colombiana, particularmente en personas con trastornos mentales, a fin de hacer mas robusto el soporte empírico, ya que en el país se ha encontrado escasa información al respecto. Por ende, es importante indagar con mayor detenimiento y profundidad casos de pacientes con dolor que han sido diagnosticados y asistidos por los servicios de atención psicológica, en este caso teniendo como punto focal la provincia de Sabana Centro.

Esta zona geográfica presenta un crecimiento demográfico significativo (del 40.8% en el transcurso de 13 años) pasando de 384,161 habitantes en el 2005 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2008) a 539,295 habitantes en 2018 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2018). Es importante notar que actualmente, solo dos municipios de la provincia Sabana Centro cuentan con instituciones de salud de alto nivel (Zipaquirá y Chía), mientras que el resto de municipios tienen instituciones de salud de menor complejidad asistencial lo que conlleva a la necesidad de desplazarse, principalmente a Bogotá, para acceder a servicios de salud especializados (Universidad de La Sabana, 2015).

Respecto a la salud mental, un estudio epidemiológico realizado en pacientes atendidos entre 2012 y 2015 en un Centro de Atención Psicológica de la provincia Sabana Centro, encontró que hay coincidencias con los perfiles epidemiológicos de Colombia y del mundo, evidenciando que en la población adulta son prevalentes los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos del estado de ánimo (Obando, Romero, Trujillo, & Prada, 2017). La prevalencia de los trastornos mentales en este Centro de Servicios de Atención Psicológica de 2015 y 2016 indica que en esta población hay mayor prevalencia de trastornos neuróticos, somatomorfos y relacionados con estrés (F40–F48) (21.6%), al igual que trastornos del humor (afectivos) (F30–F39) (21.6%) (Chaparro & Montenegro, 2017). Esta situación y el aumento poblacional convierte a la provincia en una zona para el desarrollo de proyectos que permitan enfrentarlo y contribuyan a mejorar la salud de la población (Observatorio Sabana Centro, 2019).

Caracterizar el dolor en pacientes que reciben atención psicológica en la provincia Sabana Centro puede contribuir a la concientización sobre la importancia de un enfoque multidisciplinar para el tratamiento de las enfermedades físicas y mentales que propenda por la reducción del sufrimiento ocasionado por el dolor. Si bien en el ámbito de la salud el dolor ha

sido estudiado en diferentes áreas de la medicina como la oncología (Rostaing-Rigattieri & Guerin, 2014), reumatología (Shim, et al., 2017), cardiología (Biesemans, et al., 2018), cirugía (Eisenach & Brennan, 2018), neurología (Weatherall, 2016) y gastroenterología (Szighy, Knisely, & Drossman, 2018), y actualmente existe una especialidad encargada específicamente del estudio y tratamiento del dolor denominada algología (medicina del dolor), en la psicología de la salud, aún son incipientes las investigaciones específicas sobre la experiencia de dolor en individuos con alteraciones significativas en salud mental, aunque se propende por fortalecer y difundir la visión integral de la salud en la que los componentes físico, mental y emocional cobren igual relevancia y por desarrollar estrategias que ayuden a generar un impacto significativo en el bienestar integral del individuo.

En este sentido, Olivares y Cruzado (2008) enfatizan en la importancia de contar con equipos interdisciplinarios de profesionales de las áreas médica, psicológica y social, para ayudar al paciente en la prevención, alivio y control del dolor. Según Graff (2001), es fundamental realizar el diagnóstico y el tratamiento del dolor evaluando la posibilidad de comorbilidad, especialmente en el caso de las enfermedades mentales debido a su alta coexistencia.

Esta comorbilidad se evidencia en estudios como el de Buonanotte et al.(2014) en el cual se encontró que el 51% de las personas que padecían dolor crónico habían presentado al menos un episodio de algún trastorno mental, principalmente trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (41,2%) y, trastornos afectivos (29,4%), siendo los trastornos depresivos y los ataques de pánico los que se presentaron con mayor frecuencia. Así, la presente investigación surge del interés por caracterizar el dolor en las personas con trastornos mentales, buscando describir la interacción entre mente y cuerpo, teniendo en cuenta la participación de

factores somáticos y psicológicos en la experiencia dolorosa, resaltando la importancia de tener en cuenta estos aspectos para dar respuestas efectivas a los problemas de salud de los pacientes.

La necesidad de reconocer plenamente la relación entre las enfermedades mentales y el dolor conlleva a plantear el abordaje desde un marco comprensivo que tenga en cuenta al individuo de forma integral. Esto, con miras a abrir el panorama descriptivo de la posible asociación entre el dolor y los trastornos mentales, aportando a su vez al campo disciplinar de la psicología clínica y psicología de la salud, donde el profesional juega un rol importante en el manejo, valoración, diagnóstico y tratamiento de los aspectos fundamentales del dolor, así como en el manejo de la depresión, ansiedad y estilos de afrontamiento, entre otros (Ascencio, Hernández, & Sandoval, 2000).

De aquí, surge el interés del presente trabajo por ampliar el horizonte descriptivo desde un enfoque multidisciplinar, que incluya aspectos médicos, psicológicos y físicos, a fin de proveer soporte empírico desde la caracterización. Ello podría servir de base para el desarrollo de estudios que promuevan herramientas que permitan disminuir el sufrimiento ocasionado por el dolor o la condición dolorosa que lo genera, comprendiendo que un abordaje integral no sólo busca su alivio sino que también facilita una mejora global del paciente (Abreu, Montes, Quinteros, Retamoso, & Retamoso, 2019). La psicología de la salud se convierte entonces en un campo fundamental que requiere estar articulado con las demás especialidades clínicas, aportando no solo en la atención de la problemática, sino también desde el campo de la prevención y promoción en salud, el cual procura proveer a las poblaciones los medios para mejorar la salud y hacer un mayor control sobre la misma (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

De esta manera, el presente estudio resulta relevante en la medida en que puede brindar orientaciones a las formas de abordaje de indicadores probables del surgimiento de problemáticas físicas y enfermedades mentales que parecen retroalimentarse, dada su profunda interrelación (Gómez, 2017). Por ello, esta investigación busca determinar las características de la experiencia de dolor en pacientes que reciben atención psicológica en la zona de provincia Sabana Centro, a través del diligenciamiento del Cuestionario del Dolor McGill (Melzack, 1975). Este instrumento provee datos cuantitativos y permite evaluar la experiencia subjetiva y multidimensional del dolor a partir de 3 categorías: sensorial, afectiva y evaluativa.

La información obtenida mediante el cuestionario en mención y en conjunto, con el diagnóstico psicológico, permiten caracterizar esta población y evidenciar la presencia de algunos trastornos mentales específicos y la particularidad de los pacientes en la evaluación de la experiencia de dolor. Adicionalmente, los resultados del estudio pueden contribuir a fomentar el interés por la formulación de estrategias preventivas y de promoción en salud mental, así como de intervenciones interdisciplinarias en las que participen distintas áreas de las ciencias de la salud, a fin de promover intervenciones más efectivas.

Marco Teórico

La experiencia de dolor ha sido un tema de interés debido a que es inherente a la naturaleza humana, un correlato común de las personas que requiere ser comprendido en su extensión para conseguir alternativas que contribuyan a su disminución. En este sentido, es necesario tener una visión clara de los planteamientos teóricos actuales e integrarlos en la presente investigación.

Dolor

Según los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (2012), el dolor se clasifica principalmente a partir del mecanismo fisiopatológico, su duración, su etiología y su localización anatómica. Así, de acuerdo a su origen o fisiopatología se clasifica como: nociceptivo, ocasionado por la activación de los receptores del dolor (nociceptores) en respuesta a un estímulo (lesión, inflamación, infección, enfermedad); neuropático, originado por un estímulo directo del sistema nervioso central (SNC) o una lesión de los nervios periféricos; y psicógeno, el cual no se debe a una estimulación nociceptiva o a una alteración neuronal sino que tiene una causa psíquica o bien se trata de la intensificación desproporcionada de un dolor orgánico asociada a factores psicológicos (Del Arco, 2015).

Según la intensidad, el dolor puede catalogarse como leve, moderado o severo (Díaz, 2005). Cabe resaltar que el dolor no se determina únicamente por la intensidad o la cantidad de estimulación que activa el sistema nociceptivo pues el mismo estímulo se puede experimentar como doloroso en un momento e inocuo a otro (Rhudy & Williams, 2005).

Atendiendo a la duración, el dolor puede ser agudo o crónico. El dolor agudo implica un fenómeno de corta duración, asociado a un daño tisular y que desaparece con la curación de la lesión (Del Arco, 2015). Por su parte, se habla de dolor crónico cuando su duración es mayor de 3 o 6 meses y se prolonga más allá de la curación de la lesión que lo originó o se relaciona con una afección crónica (Del Arco, 2015). Vale la pena notar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) los incluyó dentro Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11) con los códigos MG30 Dolor Crónico y MG31 Dolor Agudo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

Desde el punto de vista neurobiológico, el dolor crónico ocasiona deficiencia de la recompensa (por la disminución de los efectos dopaminérgicos), incrementa la sensibilidad, contribuye a la exacerbación de otras problemáticas (ansiedad, depresión, adicciones, entre otras) y a la aparición de carga alostática o respuesta de estrés continua, a la vez que produce cambios progresivos y un continuo deterioro del bienestar mental (Simons, Elman, & Borsook, 2014). El dolor crónico puede producir alteraciones en el funcionamiento psicológico tales como, efectos negativos en el desempeño cognitivo y procesamiento atencional, distorsión en la percepción o interpretación corporal (por ejemplo la percepción del miembro fantasma) y en la interocepción (percepción individual de la fisiología del cuerpo), escasa motivación (ocasionada por los estímulos de refuerzo y aversivos que produce el dolor) y problemas de aprendizaje (debido a que el dolor es un estresor emocional que dificulta la consolidación de la memoria y el aprendizaje) (Ortiz & Velasco, 2017).

En cuanto al dolor agudo, se ha encontrado que hay una alteración de la vía mesolímbica que ocasiona variaciones repentinas en los estados psicológicos tales como miedo, estrés y evitación (Simons et al., 2014). Lo anterior, se puede explicar debido a que esta vía se relaciona con los mecanismos de recompensa, es decir, que influye en la modulación de las respuestas conductuales frente a estímulos de gratificación emocional y motivación (Bustos, 2008)

El marco actual para la base neural de la percepción del dolor incluye una gran red bilateral que está potencialmente disponible para su activación (Figura 1) (Denk, McMahon, & Tracey, 2014). Sus diferentes componentes pueden presentar distintos niveles de activación y pueden ser o no utilizados para la activación de forma dinámica, dependiendo del impulso nociceptivo, el contexto, la cognición y la emoción (Denk et al., 2014). Si alguno de los factores cambia, la misma entrada nociceptiva puede producir una firma cerebral diferente en el mismo

sujeto, incluso estímulo por estímulo y, así, la reacción conductual frente al dolor es muy eficiente, ya que se basa en una respuesta cerebral rápida y adaptativa, ajustada a las situaciones específicas (Denk et al., 2014).

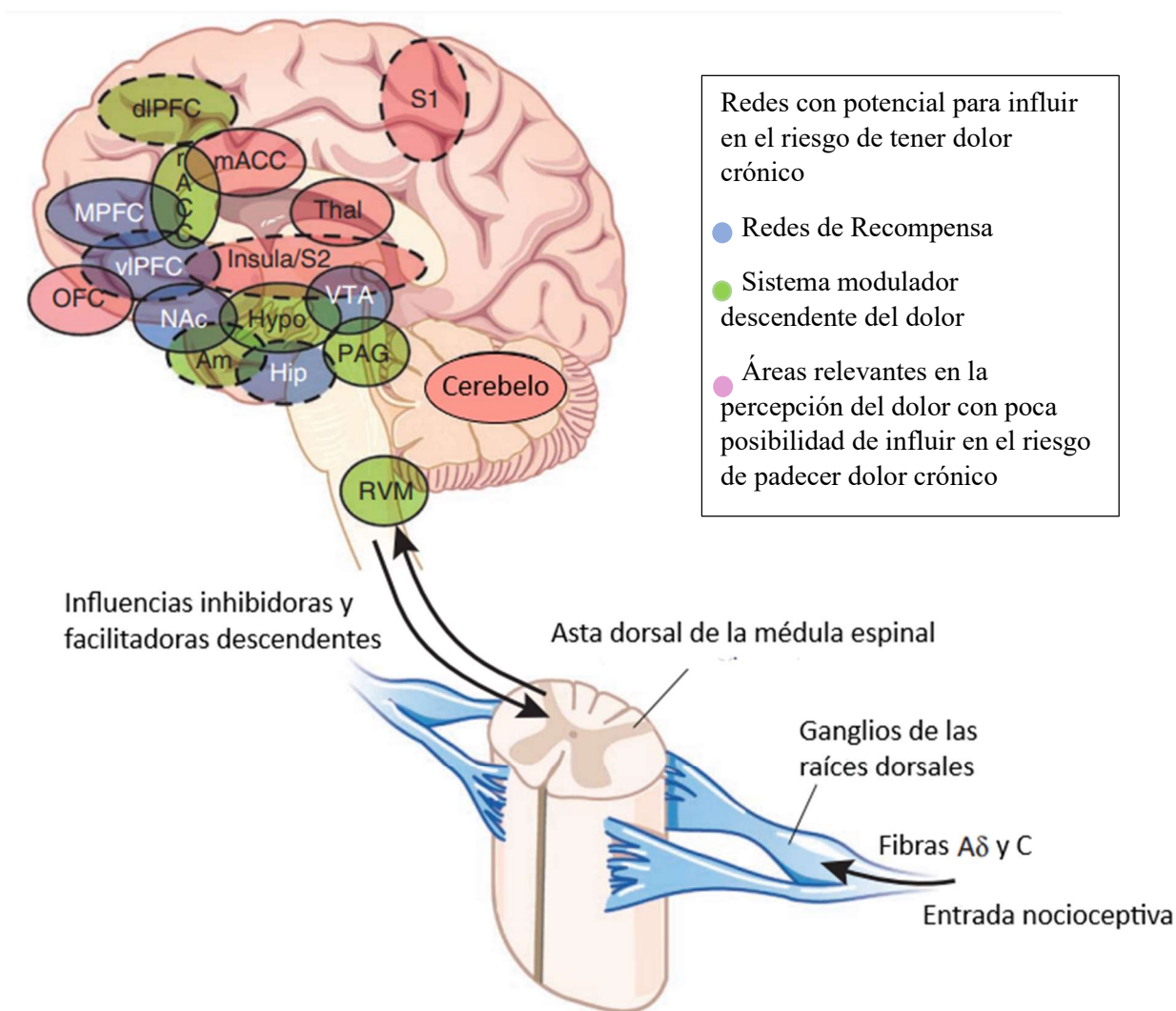


Figura 1. Bases neurales de la percepción del dolor. Varias redes cerebrales pueden estar involucradas en conferir vulnerabilidad a las condiciones dolorosas, particularmente la red de recompensa-motivación (regiones moradas) y el sistema modulador descendente del dolor (DPMS) (regiones verdes). Se han encontrado evidencias de diferencias en estructura, conexiones, función y neuroquímica. Corteza cingulada anterior rostral / medial (rACC /

mACC); corteza prefrontal ventrolateral (vlPFC,); corteza prefrontal dorsolateral (dlPFC); corteza prefrontal medial (mPFC); corteza orbitofrontal (OFC); corteza somatosensorial insular y secundaria (insula/S2); corteza somatosensorial primaria (S1); amígdala (Am,); hipocampo (Hip); hipotálamo (Hypo); tálamo (Thal); sustancia gris periacueductal (PAG); tegmento ventral (VTA). Adaptada de “Pain vulnerability: a neurobiological perspective”, por F. Denk, S.B. McMahon & I. Tracey, 2014, *Nature Neurosciencie*, 17(2), p.197.

Por otra parte, es importante mencionar que se reconocen otras categorías del dolor: en términos de duración tales como: a) dolor episódico recurrente que aparece de forma intermitente durante un largo periodo de tiempo; b) dolor intercurrente que se caracteriza por el aumento temporal de la intensidad del dolor por encima del nivel doloroso preexistente; c) dolor incidente o debido al movimiento; d) dolor de fin de dosis que es aquel que se produce hacia el final del intervalo entre dosis, pues la concentración sanguínea del medicamento cae por debajo de la concentración analgésica mínima eficaz (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012).

Otras clasificaciones son:

- Clasificación etiológica: basada en la enfermedad subyacente (maligna o no maligna) (OMS, 2012).
- Clasificación anatómica: dada en función del lugar donde se localiza el dolor o de la función anatómica del tejido afectado (OMS, 2012).
- Clasificación por localización: a) dolor (neuropático) somático: aparece cuando se estimulan los receptores de la piel, el sistema musculoesquelético o vascular y se caracteriza por que se identifica claramente el lugar donde se produce el dolor y, b) dolor (neuropático) visceral: causado por lesiones o disfunciones de los órganos internos y es profundo, continuo y difuso e irradia inclusive a zonas alejadas del punto de origen (Del Arco, 2015).

- Clasificación según su curso: a) continuo: dolor que persiste a lo largo del día sin aliviarse y, b) dolor irruptivo: dolor con exacerbaciones repentinas y transitorias que se puede clasificar a su vez en incidental e idiopático o espontáneo (Del Arco, 2015).
- Clasificación según su intensidad: a) leve: no interfiere en la capacidad para desarrollar las actividades diarias, b) moderado: dificulta las actividades diarias y c) intenso: interfiere inclusive en el descanso (Del Arco, 2015).
- Clasificación según su sensibilidad al tratamiento: basada en la respuesta a los opioides (buena, parcial o escasa) y aparecen términos como dolor difícil cuando no hay respuesta positiva a la terapia analgésica (Del Arco, 2015)

El dolor se puede acompañar de síntomas que afectan el funcionamiento físico y las actividades cotidianas, las relaciones sociales y familiares, el desempeño laboral y el sueño, entre otros (Dueñas, Ojeda, Salazar, Mico, & Failde, 2016). Adicionalmente, se ha encontrado que las alteraciones en la realización de actividades que ocasiona el dolor (sin importar qué lo cause), puede traer como consecuencias tales como aislamiento social y procesos depresivos secundarios (Vicente-Herrero, et al., 2016).

Por otra parte, el dolor puede llevar a una alteración en la digestión alimentaria, ya que éste produce un vaciamiento gástrico y tránsito intestinal lentos, náuseas, vómito, constipación (Swift, 2018). Así, es común que los pacientes con dolor, sin importar la edad, refieran la pérdida del apetito (deseo de ingerir comida) (Jakobsson, 2010) . El apetito de la persona con dolor también se puede ver afectado por una enfermedad o debido a la presencia de trastornos mentales como son la ansiedad y la depresión (Núñez-Hernández, et al., 2014).

En lo relativo al sueño, Doufas (2017) indica que el dolor crónico influye en el patrón de sueño (ocasionando insomnio) y viceversa, manteniendo un nexo interactivo que empeora progresivamente la situación. Adicionalmente, el autor afirma que en el caso del dolor agudo se ha demostrado, a través de encefalogramas, que el dolor interrumpe el sueño, alterando su continuidad y arquitectura (patrón de sueño que varía entre diferentes etapas). Vale la pena notar que las alteraciones del sueño también se encuentran frecuentemente en pacientes con trastornos mentales, tales como depresión, esquizofrenia y ansiedad, pudiendo incrementar el problema, provocar una recaída o una nueva crisis, afectando la salud física del individuo (Medina, Sánchez, Conejo, Fraguas, & Arango, 2007).

Con el fin de dar un valor cuantitativo, el dolor ha sido medido a través de diferentes instrumentos, algunos se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1.

Instrumentos para la medición del dolor

| Objetivo | Escala | Autor |
|---------------------------------|---|--|
| Evaluar su intensidad del dolor | Escala Analógica Visual (EVA) | (Huskisson, 1974) |
| | Escala Numérica (EN) | (Downie, et al., 1978) |
| | Escala de Karnofsky | (Karnofsky, Abelmann, Craver, & Burchenal, 1948) |
| Valorar el dolor | Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD) | (Soriano & Monsalve, 2002) |
| | Cuestionario DN4 | (Bouhassira, et al., 2005) |
| | Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven Yale (WHYMPI) | (Kerns, Turk, & Rudy, 1985) |
| | Test de Lattinen | (González-Escalada, et al., 2012) |
| | Cuestionario Breve del Dolor (BPI) | (Daut, Cleeland, & Flanery, 1983) |
| | Escala de Dolor de LANSS | (Bennett, 2002) |
| | Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) | (Melzack, 1975) |

Entre estos instrumentos, vale la pena resaltar el Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) (Melzack, 1975) porque presenta importantes ventajas tales como, facilitar la realización del diagnóstico diferencial entre varios síndromes dolorosos, medir distintas cualidades del dolor

agudo y crónico y tener en cuenta las diferentes dimensiones de la experiencia dolorosa: sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitiva-evaluativa (Katz & Melzack, 2011). Este instrumento es una herramienta válida y confiable que permite medir la cualidad y la cantidad del dolor a través del uso de descriptores, siendo útil en estudios epidemiológicos y estudios clínicos en pacientes con dolores multicausales (Hawker, Mian, Kendzerska , & French, 2011).

Dolor y Trastornos Mentales

El concepto de enfermedad mental típicamente significa perturbaciones emocionales o cognitivas severas que afectan negativamente la salud y la seguridad del individuo (Barlow & Durand, 2014). Es importante tener en cuenta que una enfermedad o trastorno mental es una condición de salud que se evalúa sobre la base de los comportamientos que se desvían de las normas sociales, siendo un proceso subjetivo que implica juicios normativos que varían según el contexto particular (Phelan, Stern, & Padraig, 2012). Por ende, es necesario evaluar si las experiencias, sintomatología y conductas del sujeto difieren de estos valores socioculturales y ocasionan problemas de adaptación para realizar un diagnóstico (APA, 2014).

La salud mental, física y el bienestar social son aspectos vitales estrechamente relacionados que son fundamentales para poder ser autónomos, competentes y tener la capacidad de alcanzar objetivos (Organización Mundial de la Salud, 2004). El dolor, además de la afectación física que ocasiona, tiene un impacto significativo en la salud mental y puede aumentar el riesgo de aparición de trastornos psicológicos que transforman la manera como una persona piensa, percibe, siente, se comporta e interactúa con los demás, y provoca un deterioro en áreas importantes de la actividad cotidiana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). De ahí que las personas con dolor generalizado presenten una deficiente salud y más cuadros

psiquiátricos en comparación con quienes no presentan esta problemática (Benítez, Manuel, Manzanera, & Mínguez, 2010).

Esto se evidencia principalmente en enfermedades crónicas, tales como la enfermedad de Crohn, donde hay una tendencia a presentar una mayor frecuencia de problemas de salud mental (hasta 50%) en comparación a aquellos que presentan otras enfermedades (Moser, 2009) y generalmente se trata de síntomas depresivos que a la vez afectan negativamente la condición de salud (Iglesias, et al., 2009). La depresión de estos pacientes pueden ser consecuencia de factores orgánicos tales como déficit nutricionales (insuficiencia de vitamina B12, bajo peso) y ciertos fármacos utilizados para el tratamiento de la enfermedad (corticosteroides, inmunosupresores y analgésicos), que desempeñan un papel en la fisiopatología de las alteraciones mentales (Vidal-Hagemijer, Gómez, & Panés, 2005). De forma similar ocurre con la artritis reumatoidea, que al ser una patología invalidante y discapacitante, tiene un impacto significativo físico y emocional, produciendo alteraciones en el sueño (insomnio) y depresión, la cual afecta la salud del paciente y su habilidad para manejar la enfermedad (Maldonado, et al., 2017).

Desde una perspectiva biopsicosocial, los factores biológicos, sociales y psicológicos cobran gran importancia en la percepción del dolor, la forma como se desarrolla y se mantiene en el tiempo (Pérez & Pérez, 2018). El modelo biopsicosocial hace posible ampliar la visión desde la cual se evalúa el paciente para poder comprender y explicar los factores que influyen en el dolor y que obstaculizan la recuperación haciendo que el dolor persista, contribuyendo a encontrar alternativas para el tratamiento de los pacientes (Morales-Osorio, 2016).

Marina (2017) menciona que pese al amplio número de estrategias, procedimientos y medicamentos para manejar el dolor, algunas personas no encuentran alivio, en ocasiones porque desconocen qué lo causa, siendo necesario tener en cuenta no solo el aspecto físico sino,

también, la condición mental de cada paciente para poder proveer tratamientos más efectivos. Esta característica multifactorial del dolor es descrita por el autor con la discriminación de tres dimensiones: sensorial - discriminativa, afectivo-emocional y cognitivo evaluadora. Chóliz (1994) explica estas dimensiones así: la dimensión sensorial-discriminativa se relaciona con los mecanismos anatómicos fisiológicos encargados de transmitir la estimulación nociceptiva desde la región donde se produjo la alteración orgánica; la dimensión motivacional-afectiva se relaciona con la cualidad subjetiva del dolor (sufrimiento, desagrado o cambios emocionales); la dimensión cognitivo-evaluativa se refiere a las creencias, valores culturales y variables cognitivas (autoeficacia, percepción de control y consecuencias) de la experiencia de dolor (Chóliz, 1994). Sin desconocer las demás, la existencia de una dimensión motivación-afectiva pone en evidencia la participación de procesos psicológicos en la experiencia de dolor, lo cual conlleva a que se describa siempre en términos sensoriales y afectivos (la neurobiología pone de manifiesto que el dolor físico y el emocional (sufrimiento) comparten una misma base neural), haciéndose patente la conveniencia de desarrollar una manera alternativa de acercarse al dolor, observándolo como un fenómeno también mental para poder apreciar los matices que lo singularizan (Marina, 2017).

Adicionalmente, el dolor y los síntomas psicológicos pueden potencializarse mutuamente, resultando en una agudización del dolor y de forma simultánea en el deterioro de la salud mental (Gerrits, et al., 2012). Desde la perspectiva psicopatológica, el dolor se ve asociado a un malestar emocional significativo, que puede incluir síntomas de depresión, ansiedad, ira, irritabilidad, o trastornos mentales (Olivares & Cruzado, 2008).

Es importante notar que trastornos como la depresión y la ansiedad tienen mayor prevalencia en la población con dolor, dado que ellos pueden ocasionar una reducción del

desarrollo psicosocial del individuo y conducir a la utilización estrategias de afrontamiento inadecuadas, lo cual contribuye al incremento de la intensidad del dolor (Gerrits, et al., 2012). Adicionalmente, los estudios indican que existe una fuerte relación entre la depresión y la ansiedad, en cuya etiología influyen factores biológicos (genética, bajos niveles de serotonina, niveles elevados de cortisol, trastornos del sueño), psicológicos (indefensión aprendida, visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro) y socioculturales (insatisfacción marital o relaciones problemáticas y falta de apoyo social) (Durand & Barlow, 2013).

Por su parte, los trastornos depresivos tienen como característica común la presencia de un ánimo vacío, triste o irritable, aunado a cambios somáticos y cognitivos que afectan en gran medida la capacidad funcional del sujeto y que se pueden ver directamente relacionados con varias afecciones médicas (APA, 2014). Quién sufre de trastornos depresivos puede presentar cogniciones negativas, dificultad para expresar sus sentimientos, disminución de sus actividades y una interpretación más amenazante de su problema, lo cual altera su capacidad evaluativa e incrementa la percepción del dolor (Truyols, Pérez, Medinas, Palmer, & Sesé, 2008).

Algunos de los trastornos depresivos que tienen asociadas características somáticas en su cuadro clínico son: a) el trastorno de depresión mayor, en el que los pacientes pueden manifestar fatiga, alteraciones del sueño y apetito, pérdida de interés o del placer, aislamiento social, preocupación excesiva por la salud física y/o quejas somáticas (dolores y padecimientos corporales); b) el trastorno disfórico premenstrual, en el que se presenta dolor o tumefacción mamaria y dolor muscular o articular que producen un malestar clínicamente significativo; c) el trastorno depresivo con características mixtas, en el hay síntomas maníacos/hipomaniacos que pueden estar presentes durante un episodio de depresión mayor, tales como la disminución de la necesidad de sueño y el dolor derivado del aumento excesivo de actividades; d) el trastorno

depresivo orgánico, el cual es consecuencia de una afección médica de relevancia y produce un estado de ánimo deprimido persistente, poco interés por casi todas las actividades y causa deterioro en áreas importantes de su funcionamiento (laboral, social, familiar) (APA, 2014).

En cuanto a los trastornos de ansiedad, es importante reconocer que se caracterizan por miedo y ansiedad exacerbados asociados a alteraciones conductuales que producen una respuesta emocional excesiva y persistente ante una amenaza inminente (sea o no real) o una respuesta anticipatoria a una amenaza futura (APA, 2014). Así, los pacientes con psicopatologías de este grupo tienden a sobreestimar la probabilidad de daño o consecuencias negativas de un evento, preocupándose excesivamente, lo que produce no solo una activación emocional, sino que también les impide procesar completamente la situación de forma realista (DiTomasso & Gosch, 2006).

La ansiedad es clínicamente reconocida cuando es persistente, afecta el funcionamiento social, familiar o laboral y ocasiona una gran cantidad de angustia (Cutler, 2014). Físicamente, la ansiedad puede manifestarse a través de síntomas tales como taquicardia, palpitaciones, dolor de pecho, dificultad respiratoria, inquietud, insomnio, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, parestesias, visión borrosa, mareos, y disfunción sexual (Cutler, 2014). Truyols et al.(2008) exponen que la influencia de la ansiedad en la intensidad percibida del dolor puede deberse a factores como el incremento en la tensión muscular, la focalización atencional sobre el dolor y el sobredimensionamiento de la situación.

Dentro de los trastornos de ansiedad en los que se presentan síntomas físicos se encuentran:

- Trastorno de ansiedad generalizada, caracterizado por preocupación excesiva difícil de controlar que se anticipa a un evento o suceso (real o potencial) y perturban el

funcionamiento de áreas importantes de la vida de la persona (social, laboral, entre otras), además de poder producir síntomas físicos desagradables como tensión, molestias musculares o dolor (APA, 2014).

- Trastorno de ansiedad no especificado, en el que hay un malestar con síntomas típicos de un trastorno de ansiedad, aunque no posee criterios suficientes para clasificarlo en otro de la categoría diagnóstica, pero que puede causar una molestia significativa en diferentes áreas de la vida del individuo (APA, 2014)
- Trastorno de pánico, donde pueden aparecer quejas de dolor o molestia en el tórax, cuello o cabeza, al igual que otros síntomas físicos tales como palpitaciones, taquicardia, dificultad para respirar, náuseas y parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), entre otros.
- Trastorno mixto de ansiedad y depresión, en el que hay presencia de síntomas de ansiedad y depresión pero ninguno prevalece sobre el otro (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). Los pacientes con este trastorno mental tienen, de forma persistente, un estado de ánimo disfórico, que dura más de un mes, y manifiesta síntomas ansiosos y depresivos (González, 2003). Adicionalmente, hay un deterioro en áreas como la social, familiar y/o laboral, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, fatiga, poca energía, irritabilidad, hipervigilancia, anticipación del peligro, preocupación, desesperanza, pérdida de autoestima, sentimientos de inutilidad, y síntomas vegetativos como temblor, palpitaciones y molestias epigástricas, entre otros (González, 2003).

Vale la pena tener en cuenta que, además de los trastornos de ansiedad y depresión, también se evidencia un nivel elevado de dolor en personas con trastorno afectivo bipolar, principalmente dolor crónico y migraña, que deben ser tratados de forma integral teniendo en cuenta sus componentes físicos y psicológicos (Stubbs, et al., 2015). Así, el dolor producido

como consecuencia de la realización excesiva de actividades se encuentra dentro de los criterios diagnósticos del episodio maniaco del trastorno bipolar I, el episodio hipomaniaco del trastorno bipolar II y el episodio depresivo con características mixtas del trastorno bipolar (APA, 2014).

Los datos epidemiológicos sugieren una alta comorbilidad entre ciertos trastornos mentales (Church, Corvin, & Lucey, 2012). Apoyando lo anterior, aproximadamente tres cuartos de la población con trastorno de ansiedad presentan al menos un trastorno psicológico adicional durante el transcurso de su vida (Kessler, et al., 2007). En este sentido, se encuentra que hay comorbilidad entre los trastornos de ansiedad, así como trastornos del estado de ánimo, lo que sugiere que comparten elementos como el miedo y la evitación de situaciones, además de tener similitudes categóricas como la desesperanza, la fatiga y la concentración deficiente, entre otros síntomas. (Kessler, et al., 2007).

Actualmente, hay un amplio reconocimiento de la participación de factores psicológicos y sociales en el inicio y la prolongación de los cuadros de dolor y de la necesidad de una identificación precoz de ellos para lograr mejores resultados en los tratamientos médicos (González, 2014). Sin embargo, el paciente debe saber que si bien sus estados emocionales, creencias y conductas asociadas son parte de la experiencia humana del dolor, ser atendido por un profesional de la salud mental no implica necesariamente sospecha de patología psicológica o dudas sobre la realidad del dolor, sino que forma parte de un enfoque de abordaje integral del problema (González, 2014). La evaluación psicológica puede agregar claridad a la comprensión clínica de las fortalezas, los apoyos, los procesos psicopatológicos de los pacientes (tales como rumiación, preocupación, psicosis), y hábitos de afrontamiento que afectan la salud en general (Pudalov, Swogger, & Wittink, 2018).

La compleja relación entre los componentes que influyen entre el dolor y los factores psicológicos, se refleja en la superposición clínica de sus presentaciones y entre las regiones anatómicas en el cerebro asociadas con las características emocionales y sensoriales del dolor. Por ello, los factores psicológicos de protección como la esperanza, la aceptación del dolor y el optimismo, ayudan a la disminución del dolor persistente (Vadivelu, et al., 2017). El dolor, más que una percepción o una sensación, es un sentimiento cualitativamente displacentero que produce un sufrimiento, de lo cual subyace la profundidad psicológica con que es vivido por el sujeto adolorido (Rojas, Esser, & Rojas, 2004).

Estado del Arte

Gureje, Von Korff, Simon, y Gater (1998) identificaron que el dolor persistente es un síntoma comúnmente reportado en adultos a nivel mundial y que se encuentra asociado sistemáticamente a enfermedades mentales. Así, las probabilidades de tener un trastorno psicológico que cumpla con los criterios diagnóstico aumentan 4 veces entre las personas con dolor persistente comparado con personas no afectadas por el mismo, indicando que los problemas de salud mental son un correlato común de este tipo de dolor y que esta asociación se observa en una amplia gama de entornos culturales (Gureje et al., 1998)

En un estudio desarrollado en el sur de Suecia que incluyó pacientes que asistieron a consultas médicas en atención primaria, ambulatoria y ambulatoria especializada, entre 2007 y 2016, se demostró que los pacientes con dolor tienen un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad mental en comparación con los que no tienen dolor y los pacientes con enfermedades mentales tienen un mayor riesgo de desarrollar dolor en el futuro en comparación con aquellos sin enfermedad mental (Bondesson et al., 2018). Los hallazgos anteriores ponen de manifiesto la relación de doble vía entre dolor y los trastornos mentales. Adicionalmente y con

respecto a la bidireccionalidad de los resultados, estos autores encontraron que es mayor el riesgo de desarrollo de una enfermedad mental después del dolor, excepto en el caso de la fibromialgia.

Por su parte, Arango-Dávila y Rincón-Hoyos (2018) describen una fisiopatología común, basada en la investigación biomédica reciente, donde trastornos mentales como la depresión y la ansiedad comparten aspectos biológicos y ambientales con los trastornos dolorosos crónicos. Estos autores señalan que dentro de los factores biológicos hay determinantes genéticos (genes que regulan la señalización de neurotransmisores y citocinas neurotróficas e inflamatorias) y entre los factores ambientales de riesgo, se encuentran el estrés psicosocial y la enfermedad en general, los cuales, en individuos vulnerables, promueven cambios en la sensibilidad de los receptores de glucocorticoides en el sistema nervioso y otros órganos, disfunción del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal, alteraciones en las funciones autonómicas y aumento en la producción y la liberación de citocinas proinflamatorias, todo lo que converge en variaciones funcionales y estructurales del sistema nervioso. La vía fisiopatológica común está relacionada con alteraciones en el soporte neurotrófico y de la interacción glía-neurona, que producen un fenómeno de sensibilización central al dolor, asociada por la misma vía a las manifestaciones depresivas y ansiosas (Arango-Dávila & Rincón-Hoyos, 2018).

En un estudio realizado en Colombia, se encontró que el dolor ocasiona un impacto emocional debido a la dependencia, frustración y sensación de incapacidad que produce a su vez angustia y estrés (Vásquez, 2015). Esta investigación también indica que, debido al dolor, las personas se aíslan por temor a ser juzgadas o ignoradas, lo que conlleva a la aparición de estrés, ansiedad y depresión elevada, que a su vez aumentan los síntomas de la patología que presentan.

Acorde con la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015 realizada en Colombia, el dolor es una patología que se asocia frecuentemente con trastornos mentales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Así, la presencia simultánea de dolor y enfermedades mentales se encuentra en el 13.3% de la población cuya edad está entre 18-44 años y en el 12.2 % de las personas de 45 años o más.

Igualmente, en cuanto a salud mental y bienestar, es reconocido que los trastornos mentales pueden conducir al suicidio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019), principalmente la depresión, que en conjunto con el dolor crónico, producen una mayor incidencia en la intención de suicidio (Fisher, Haythornthwaite, Heinberg, Clark, & Reed, 2002). La reducción de la tasa de mortalidad por suicidio, además de ser una meta del Objetivo 3 de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2018), está establecido en Colombia, a través del CONPES 3918 (2018), para disminuir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, entre ellas la tasa de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente (Departamento de Planeación Nacional, 2018).

En Colombia, los suicidios han ido en aumento, situación que se convierte en tema de importancia para la provincia Sabana Centro donde hay una tendencia variable que requiere atención por parte de equipos interdisciplinarios que permitan intervenciones oportunas para prevenir este hecho (Observatorio Sabana Centro, 2019). Así, en 2018 en la provincia Sabana Centro se tuvo una tasa de 0.5 suicidios por cada 10 mil habitantes, se registraron 27 casos, concentrándose principalmente en Zipaquirá (9) y Chía (7) y es notorio el incremento de casos en poblaciones como Tabio y Cota (Observatorio Sabana Centro, 2019), indicando la necesidad de atender todos los factores asociados que puedan reducir la problemática.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las características de la experiencia de dolor en pacientes con trastornos mentales que reciben atención psicológica en la provincia Sabana Centro?

Objetivo General

Identificar las características del dolor en pacientes con trastornos mentales que reciben atención psicológica en la provincia Sabana Centro mediante el cuestionario McGill del dolor para explorar las condiciones físicas, mentales y culturales que influyen en esta experiencia y la forma que afecta la cotidianidad del individuo.

Objetivos Específicos

Evaluar el índice total del dolor desde una perspectiva multidimensional, mediante el cuestionario McGill del dolor, para evidenciar la influencia de distintos factores de tipo afectivo, sensorial y evaluativo en esta experiencia.

Reconocer la intensidad del dolor presente o intensidad actual del dolor, a través de la calificación en escala numérica, para evaluar la cantidad de dolor que posee la persona en el momento del diligenciamiento del cuestionario.

Identificar la distribución anatómica del dolor, utilizando un gráfico para indicar su localización, y así poder reconocer las diferentes partes del cuerpo afectadas en el individuo y la similitud o diferencia con otros sujetos de la muestra.

Evidenciar el grado de afectación que ocasiona el dolor en la actividad diaria, el sueño y el apetito, mediante la evaluación de los síntomas acompañantes, a fin de identificar las áreas que se ven más alteradas en los participantes.

Paradigma

Esta investigación se basa en el paradigma post positivista, en el que se busca los hechos de los fenómenos utilizando una medición precisa y controlada, manteniendo la objetividad, la fiabilidad y la fundamentación en la realidad mediante datos “sólidos” y repetibles, siendo generalizable y abogando por el empleo de métodos cuantitativos (Cook & Reichardt, 1986). Este paradigma cobra importancia en el estudio propuesto, en el que se busca caracterizar el dolor en los pacientes con trastornos mentales, indagando en población colombiana un tema poco tratado. Desde la perspectiva de Creswell (2009), en el paradigma post positivista el conocimiento se genera a través de una observación cuidadosa y la medición objetiva, utilizando medidas numéricas para dimensionar lo investigado y poder estudiar el comportamiento de los individuos. El autor expresa también la necesidad de probar, verificar y refinar recopilando datos que apoyen o refuten la teoría y posteriormente hacer las revisiones necesarias y las pruebas adicionales.

Método

Tipo de estudio y diseño

Esta investigación es de tipo cuantitativo, con un diseño no experimental trasversal, que busca representar un conjunto de procesos cuidadosos, metódicos y empíricos que se dan de forma secuencial en aras de construir conocimiento, mediante la medición y estimación de magnitudes de los problemas de investigación, teniendo un alcance exploratorio dado el bajo nivel de conocimiento del tema de estudio que hay en el momento (Hernández, Fernández-Collado, & Baptista, 2006). En la actualidad no se cuenta con un cuerpo amplio de estudios frente al tema del dolor en pacientes con enfermedad mental que reciben atención psicológica, por tanto, se realiza una investigación de alcance exploratorio para analizar un fenómeno

desconocido y obtener información valiosa que permita evidenciar la importancia de realizar investigaciones adicionales en este contexto que amplíen los conceptos y fortalezcan los conocimientos en este campo disciplinar (Hernández et al., 2006).

Participantes

Participaron 7 mujeres con edades comprendidas entre 18 y 70 años, con dolor, que reciben atención psicológica en la provincia Sabana Centro mediante consulta particular o en Institución Prestadora de Servicios (IPS) asignada por la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la que pertenecen. Las participantes presentaban algún diagnóstico clínico psicológico asociado a los trastornos mentales establecidos dentro de los criterios de inclusión.

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: 1) Ser mayor edad (18 años en adelante); 2) Presentar dolor crónico o agudo; 3) Recibir atención por psicológica o psiquiatría en centros públicos o privados de la provincia Sabana Centro; 4) Encontrarse en etapa de evaluación psicológica o psiquiátrica; 5) Presentar diagnóstico de trastorno psicológico/mental de alguna de las siguientes categorías del DSM 5 (2014) o del CIE– 10 (2015), así:

Trastornos mentales del DSM 5 (APA, 2014) incluidos:

- Trastorno bipolar y trastornos relacionados.
- Trastornos depresivos.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.
- Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.
- Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados.
- Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.
- Trastornos de excreción.

- Trastornos del sueño-vigilia.
- Disfunciones sexuales.
- Disforia de género.
- Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta.
- Trastornos de la personalidad.
- Trastornos parafilicos.
- Otros trastornos mentales.

Categorías diagnósticas Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015)

- Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos.
- Trastornos del Humor [afectivos].
- Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos.
- Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos.
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos.

Como criterios de exclusión se establecieron: 1) Ser menor edad (menor de 18 años); 2) Ausencia de dolor; 3) Recibir atención por psicología clínica o psiquiatría en fase de intervención. 4) Presentar algún diagnóstico de las categorías del CIE-10 (2013) y/o DSM-5 (2014) descritas a continuación:

Categorías diagnósticas del DSM-5 (APA, 2014) excluidas

- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastorno bipolar y trastornos relacionados: Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos.
- Trastornos depresivos: Trastorno depresivo inducido por una sustancia/ medicamento.

- Trastornos de ansiedad: Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos.
- Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados: Trastornos obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos.
- Trastornos disociativos.
- Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados: Trastorno facticio.
- Disfunciones sexuales: Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos.
- Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.
- Trastornos neurocognitivos.

Categorías diagnósticas del Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OPS, 2015) excluidas:

- Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos: a) demencia en la enfermedad de Alzheimer; b) demencia vascular; c) demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte; d) demencia, no especificada; e) síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas; f) delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas; g) otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física; h) trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral; i) trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado.
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas.
- Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.
- Trastornos del Humor [afectivos]: a) episodio maníaco; b) trastorno afectivo bipolar (episodio maníaco presente con síntomas psicóticos, episodio depresivo grave presente con

síntomas psicóticos); c) episodio depresivo grave con síntomas psicóticos; d) trastorno depresivo recurrente (episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos).

- Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos: a) trastornos disociativos [de conversión]; b) otros trastornos neuróticos (Síndrome de despersonalización y desvinculación de la realidad).
- Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos: a) abuso de sustancias que no producen dependencia; b) trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte (Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte).
- Retraso mental

Instrumento

Cuestionario McGill del Dolor (versión adaptada para la población colombiana)

El cuestionario del dolor McGill (Melzack, 1975) es un instrumento que permite medir la experiencia de dolor (Apéndice 2). La adaptación de este instrumento para Colombia fue realizada por Bejarano, Osorio, Rodríguez y Berrío (1985), quienes desarrollaron cuatro fases para lograr este objetivo. En las dos primeras fases, los autores buscaron validar la traducción y evaluar su funcionalidad en personas de distinta clase socioeconómica y escolaridad. En las últimas dos fases establecieron los grupos, dimensiones, orden de las palabras y calificación de la prueba (Bejarano et al., 1985). Adicionalmente, Bejarano et al. (1985) realizaron la exploración de la validez discriminativa del instrumento mediante una comparación entre dos grupos (personas con dolor crónico y personas con dolor agudo), utilizando la comparación de las medias y desviaciones estándar de los puntajes de la totalidad de las dimensiones del dolor. Esta

validación demostró la existencia de una diferencia significativa entre pacientes con dolor agudo y pacientes con dolor crónico, demostrando que el cuestionario es capaz de diferenciar a estos dos grupos (Bejarano et al., 1985).

El cuestionario del dolor McGill está diseñado para obtener datos cuantitativos del dolor clínico que pueden ser tratados estadísticamente (Melzack, 1975). Este instrumento, utiliza tres categorías descriptivas (sensorial, afectiva, evaluativa) que permiten especificar las características y el índice de dolor (Melzack, 1975). La descripción de las categorías se presenta en la tabla 2 (Melzack, 1975; Bejarano et al., 1985; Chóliz, 1994).

Tabla 2.

Categorías de evaluación del cuestionario del dolor McGill

| Categoría o dimensión | Descripción | Ítems del cuestionario |
|-----------------------|--|------------------------|
| Sensorial | <p>Relacionada con los mecanismos anatomofisiológicos encargados de la transmisión de la estimulación nociceptiva desde el lugar del daño físico o la alteración orgánica o funcional hasta los centros nerviosos superiores. (Chóliz, 1994)</p> <p>Responsable de la detección de las características espaciales y temporales del dolor, así como de la intensidad y otros aspectos de la cualidad del dolor (Chóliz, 1994).</p> <p>Bejarano et al. (1985) indican que esta dimensión se refiere a las cualidades sensoriales de la experiencia en términos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo • Espacio • Temperatura • Presión | 1-10 |
| Afectiva | <p>Esta dimensión se refiere a la cualidad subjetiva de la experiencia de dolor, a aspectos tales como sufrimiento, aversión, desagrado, o cambios emocionales (Chóliz, 1994)</p> <p>Bejarano et al. (1985) manifiestan que esta dimensión define el dolor en función del estrés causado por el miedo, los estados afectivos (emociones) y las propiedades autónomas (ritmo cardíaco, respiración, tensión arterial)</p> | 11-15 |
| Evaluativa | <p>Esta dimensión hace referencia a las creencias, valores culturales y variables cognitivas (autoeficacia, percepción de control y de las consecuencias de la experiencia de dolor, etc.) (Chóliz, 1994).</p> <p>Describe los aspectos subjetivos de la experiencia del dolor (Bejarano et al., 1985)</p> | 16 |
| Miscelánea | <p>Proporciona descriptores adicionales que proveen mayor precisión al medir la intensidad del dolor Melzack (1975).</p> | 17-20 |

Nota. Adaptada de Bejarano et al. (1985), Chóliz (1994) y Melzack (1975)

De acuerdo con Melzack (1975), el tiempo de aplicación recomendado para el diligenciamiento de este cuestionario es de 15 a 20 minutos. El análisis de los datos permite obtener las siguientes medidas principales:

- **Índice de Calificación del Dolor:** es el valor general de la intensidad del dolor del paciente cuyo resultado se obtiene de la suma de todos los valores de las palabras elegidas en cada ítem del cuestionario o subcategoría. De acuerdo con Bejarano et al. (1985), se asigna el valor numérico a cada palabra elegida, teniendo en cuenta su posición dentro de cada uno de los 20 ítems o subcategorías, y se suman estos datos para obtener el valor por categoría. Posteriormente, los datos del índice de calificación sensorial (puntaje 0-31), índice de calificación afectivo (puntaje 0-12), índice de calificación evaluativo (puntaje 0-4) e índice de calificación miscelánea (puntaje 0-14), se suman para obtener el índice total del dolor (puntaje 0-61) (Bejarano et al., 1985).
- **Intensidad Actual del Dolor:** Es el valor de la intensidad del dolor presente en el momento del diligenciamiento del cuestionario, basada en la evaluación del paciente en una escala entre 0-5, donde 0 indica que no hay dolor, 1 es una intensidad de dolor muy baja y 5 es un dolor de muy alta intensidad (Melzack, 1975).
- **Índices de las Dimensiones del Dolor:** Provee índices válidos de las dimensiones del dolor (evaluativa, sensorial y afectiva) que dan cuenta de la forma como las experiencias pasadas, el ánimo, las expectativas, las emociones y las cualidades sensoriales del organismo del individuo influyen en la experiencia de dolor (Melzack, 1975).
- **Distribución anatómica del dolor:** es la distribución espacial del dolor en el cuerpo de la persona y su carácter (interno (I), externo (E) o interno y externo (IE)) (Bejarano et al., 1985). El dolor de carácter externo indica que éste es superficial y localizado mientras que el dolor

de carácter interno indica que es profundo, interior y difícil de darle una localización exacta (Colegio de Médicos de Segovia, 2014).

- Síntomas acompañantes: Preguntas relacionadas que establecen el grado de afectación ocasionado por el dolor en tres aspectos: actividad diaria, sueño y apetito (Bejarano et al., 1985).

Procedimiento

El proceso de realización del estudio se desarrolló mediante tres etapas: la primera, orientada a la especificación de criterios y selección de la muestra, la segunda, focalizada en la aplicación de la prueba y la tercera, centrada en el análisis de datos.

Primera etapa: se inició por la revisión teórica de la información de la literatura respecto al dolor en pacientes con enfermedades mentales y se dio paso a la delimitación del interés investigativo (caracterización del dolor en una muestra de pacientes con trastornos mentales que recibieran atención psicológica en la provincia Sabana Centro). Posteriormente, se establecieron: la pregunta de investigación, los objetivos, la justificación, el alcance del estudio y los criterios de inclusión y exclusión. Se decidió realizar un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia lo cual permite seleccionar los casos accesibles o disponibles en momento de la evaluación (Otzen & Manterola, 2017).

Se contactó a profesionales del área de la salud con pacientes de la provincia Sabana Centro y se les solicitó su colaboración para la consecución de la muestra, dándoles a conocer los criterios establecidos para el estudio. Se obtuvo la cooperación de una IPS del municipio de Chía y de médicos especialistas con manejo de pacientes crónicos que requerían atención profesional de psicología o psiquiatría como parte integral de su tratamiento de salud. A través de su gestión, fue posible encontrar las personas que cumplieren con los criterios establecidos (se obtuvo una

muestra de 7 participantes), realizar un encuentro (cuya cita fue concertada previamente entre el profesional de la salud y su paciente) y realizar la recolección de datos.

Segunda etapa: Durante el encuentro entre los participantes y la investigadora, inicialmente se dio a conocer el propósito y las condiciones del estudio y se realizó la firma del consentimiento informado específico para este de estudio. A continuación, se hizo la solicitud de los datos sociodemográficos y posteriormente se procedió a aplicación del Cuestionario McGill del Dolor.

Tercera etapa: Para el análisis de los resultados, se tomaron los cuestionarios individuales, se verificó la calidad de la información obtenida individualmente y se realizó una base de datos. Posteriormente, se utilizó estadística descriptiva que permitió organizar, presentar los datos (a través de gráficos y tablas) y describir las variables que tiene la investigación, a fin de interpretar los valores obtenidos y obtener conclusiones válidas y representativas de la muestra estudiada (Peña, 2012). Igualmente, se contó con el apoyo del software Microsoft Excel que brindó el soporte digital, mediante hojas de cálculo para el análisis estadístico, siendo un complemento para comparar los datos de la muestra. Finalmente, con los resultados obtenidos, se procedió a la construcción de la discusión contrastando con el cuerpo teórico y empírico disponible.

Consideraciones Éticas

Las siguientes consideraciones éticas se establecen teniendo en cuenta la Resolución 8430 de 1993 (Ministerio de Salud, 1993), mediante cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud:

En esta investigación priman el respeto de la dignidad, la protección de los derechos y el bienestar de los pacientes. Igualmente prevalece la seguridad de los beneficiarios a quienes se les

expresan los riesgos que siguen los parámetros establecidos en el artículo 11 de dicha resolución, el cual enuncia, en el párrafo a, que es una investigación sin riesgo, un estudio que utiliza técnicas de investigación (uso de cuestionario para recolección de datos) que no implican la realización de intervenciones que puedan modificar o alterar de forma intencionada los factores biopsicosociales del individuo (Ministerio de Salud, 1993).

Por otra parte, se cuenta con un consentimiento informado, que fue desarrollado específicamente para el estudio, en busca de mantener los principios éticos de autonomía, beneficencia (procurar el bienestar del individuo) y justicia, en el desarrollo de la investigación (Carrasco-Aldunate, Rubio-Acuña, & Fuentes-Olavarria, 2012). Este consentimiento informado permite que la persona conozca todas las características, alcances y limitaciones del estudio y exprese su deseo por participar voluntariamente (Carrasco-Aldunate et al., 2012), tal como se puede observar en el Apéndice 1.

La persona debe entonces recibir una orientación por parte de profesionales con conocimiento y pericia que cuiden su integridad, y le aseguren los recursos, materiales y humanos durante todo el proceso. Desde la perspectiva de la seguridad y la confidencialidad se salvaguardará al paciente, identificándolo únicamente en caso de que sea indispensable para los resultados y que la persona provea su autorización (Ministerio de Salud, 1993).

Igualmente la Ley que reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología (Ley 1090, 2006) indica las siguientes disposiciones en orden de cumplir con el código deontológico y bioético que exige el ejercicio profesional y que se aplican en el transcurso de esta investigación: respetar los criterios religiosos y morales de los individuos, no realizar discriminación de personas por razón alguna, actuar con máxima imparcialidad, guardar el secreto profesional,

propender por la confidencialidad de los registros y datos, actuando de forma honesta sin servirse en beneficio propio o de terceros, ni en perjuicio del paciente (Ley 1090, 2006).

Resultados

Los resultados de la investigación se presentarán de la siguiente manera: inicialmente, se muestran la información sociodemográfica de los participantes y su diagnóstico psicológico y posteriormente se encuentran los datos de localización, tiempo de evolución y medicamentos usados para el tratamiento del dolor. A continuación, se encuentran los datos localización del dolor y su carácter y se presenta la gráfica de la cantidad de pacientes por localización anatómica del dolor. Luego, aparece una tabla con los valores de las categorías que componen la experiencia de dolor en conjunto con el diagnóstico psicológico y, adicionalmente, gráficos individuales de cada dimensión del dolor evaluada.

Después, aparecen los síntomas acompañantes asociados al diagnóstico psicológico, además del índice total del dolor e intensidad actual del dolor en conjunto con el diagnóstico psicológico y, por último, se realiza un diagrama de dispersión del índice total y actual del dolor.

Además, se presentan las estadísticas de proporción de la muestra por diagnóstico psicológico. Posteriormente, la distribución de las categorías que componen la experiencia de dolor junto con el diagnóstico psicológico por paciente. Luego, los síntomas acompañantes y el diagnóstico de salud mental por persona. También, se explican los datos de la proporción de la alteración ocasionada por el dolor en cuanto a actividad, sueño y apetito. Por último, se tienen la intensidad del dolor presente junto con el diagnóstico por paciente y la distribución que tiene la muestra según esta intensidad.

Tabla 3.

Datos sociodemográficos de los participantes y diagnóstico psicológico

| Caso No. | Estado Civil | Nivel Socio - económico | Ocupación | Nivel Académico | Género | Edad | Diagnóstico psicológico |
|----------|--------------|-------------------------|---------------|-----------------|----------|------|--|
| 1 | Soltera | 3 | Estudiante | Universitario | Femenino | 21 | F412. Trastorno mixto de ansiedad y depresión |
| 2 | Casada | 4 | Empleada | Universitario | Femenino | 55 | F419. Trastorno de ansiedad no especificado |
| 3 | Separada | 2 | Empleada | Primaria | Femenino | 39 | F419. Trastorno de ansiedad no especificado |
| 4 | Soltera | 2 | Empleada | Técnico | Femenino | 33 | F411. Trastorno de ansiedad generalizada |
| 5 | Casada | 4 | Independiente | Universitario | Femenino | 41 | F063. Trastorno depresivo orgánico (debido a enfermedad de Crohn) |
| 6 | Soltera | 3 | Empleada | Universitario | Femenino | 41 | F411. Trastorno de ansiedad generalizada |
| 7 | Soltera | 3 | Ama de casa | Técnico | Femenino | 70 | F063. Trastorno depresivo orgánico (debido a artritis reumatoidea) |

La muestra se caracteriza por la participación exclusiva de personas de sexo femenino, de las cuales 4 son solteras (57.14%), 2 son casadas (28.57%) y 1 está separada (14.29%). En cuanto a su ocupación, 4 son empleadas (57.14%), 1 es independiente (14.28%), 1 ama de casa (14.28%) y 1 es estudiante (14.28%). Respecto a su nivel educativo, 4 son profesionales universitarias (57.14%), 2 han realizado estudios técnicos (28.57%) y 1 tienen estudios de básica primaria (4.29%). Las pacientes se encuentran en edades entre 21 y 70 años, entre ellas: 3 presentan trastornos de ansiedad (57.14%), 2 tienen trastornos depresivos (28.57%) y 1 tiene diagnóstico de trastorno mixto de ansiedad y depresión (14.29%).

Tabla 4.

Diagnóstico psicológico asociado a la localización del dolor, tiempo de evolución del dolor y medicamentos para tratamiento del dolor.

| No. | Diagnóstico psicológico | Localización del dolor | Tiempo de evolución del dolor | Medicamentos o tratamiento para el manejo del dolor |
|-----|-------------------------|------------------------|-------------------------------|---|
|-----|-------------------------|------------------------|-------------------------------|---|

| | | | | |
|---|---|--|---------|--|
| 1 | trastorno mixto de ansiedad y depresión | Cabeza Cuello Hombros Omoplatos Espalda (región lumbar) | 2 años | Acetaminofén Ibuprofeno |
| 2 | Trastorno de ansiedad no especificado | Articulaciones (codos, muñecas, dedos y rodillas) Cabeza Cuello Hombros Omoplatos Espalda (zona lumbar) Glúteos Cadera | 3 años | Acetaminofén |
| 3 | Trastorno de ansiedad no especificado | Cadera | 5 meses | Terapia física |
| 4 | Trastorno de ansiedad generalizada | Cabeza Abdomen Espalda (región torácica o dorsal) Cuello | 2 meses | Pantoprazol Neosaldina |
| 5 | Trastorno depresivo orgánico | Cabeza Pecho Cuello Abdomen Articulaciones (coxofemoral, muñecas, rodillas, tobillos) Espalda (regiones dorsal y lumbar) Cadera Espalda (región sacra) | 19 años | Stelara Alprazolam Hidromorfona Amitriptilina Hioscina butilbromuro Acetaminofén Fentanilo (parche) |
| 6 | Trastorno de ansiedad generalizada | Cuello Espalda (regiones cervical, dorsal y lumbar) Omoplatos Articulaciones (rodilla) Glúteos Espalda (región sacra) | 5 años | Naproxeno Metocarbamol Ibuprofeno |
| 7 | Trastorno depresivo orgánico | Espalda (región lumbar) Glúteos Hombros Omoplatos Manos Cadera Piernas Muslos Talones de los pies Articulaciones (codos, muñecas, dedos, rodillas y tobillos) | 15 años | Deflazacort Acetaminofén Nimesulida |

Esta población se caracteriza por la presencia de trastornos de dos tipos, así: trastornos de ansiedad en 5 personas (71.4% de la muestra) y trastornos depresivos en 2 personas (28.6%).

Adicionalmente, el dolor que se encuentra en mayor proporción es de tipo crónico, de duración mayor a 3 meses, que se presenta en 6 personas (85.7%), mientras que únicamente 1 persona de la muestra presenta dolor agudo (14.3%).

Es evidente que las personas con trastorno depresivo orgánico son las que presentan un mayor tiempo de evolución del dolor, de 15 y 19 años, al igual que las calificaciones más altas de intensidad del dolor (índice total del dolor), 85% y 87%.

Por otra parte, la mayoría de personas (6 individuos, 85.7%) consumen medicamentos para el control de dolor y solo 1 persona (14.3%) procura la disminución de su dolor a través de terapia física. Vale la pena notar que las 2 pacientes que tienen diagnóstico de trastorno de ansiedad no especificado son quienes consumen la menor cantidad de medicamentos (1 de ellas consume 1 medicamento y la otra paciente consume ninguno), y los demás sujetos de la muestra consumen desde 2 hasta 8 tipos diferentes de medicinas para reducir la intensidad del dolor.

Tabla 5.

Localización y carácter del dolor

| Localización del dolor | Interno | Externo | Interno y externo | No. Total personas con dolor | % Total |
|------------------------------------|---------|---------|-------------------|------------------------------|---------|
| Espalda | | | | 6 | 85.7% |
| Espalda (región lumbar) | 4 | 1 | | 5 | 71.4% |
| Espalda (región torácica o dorsal) | 2 | | 1 | 3 | 42.9% |
| espalda (región sacra) | | | 2 | 2 | 28.6% |
| Espalda (región cervical) | 1 | | | 1 | 14.3% |
| Cuello | 3 | 1 | 1 | 5 | 71.4% |
| Cabeza | 4 | | | 4 | 57.1% |
| Omoplatos | 2 | 1 | 1 | 4 | 57.1% |
| Articulaciones | | | | 4 | 57.1% |
| Articulaciones rodillas | 2 | 1 | 1 | 4 | 57.1% |
| Articulaciones muñecas | 1 | 1 | 1 | 3 | 42.9% |
| Articulaciones codos | | 1 | 1 | 2 | 28.6% |
| Articulaciones dedos | | 1 | 1 | 2 | 28.6% |
| Articulaciones coxofemoral | 1 | | | 1 | 14.3% |
| Articulaciones tobillos | 1 | | 1 | 2 | 28.6% |
| Cadera | 2 | 1 | 1 | 4 | 57.1% |

| | | | | | |
|---------------------|----|----|----|---|-------|
| Hombros | 1 | 1 | 1 | 3 | 42.9% |
| Glúteos | 1 | 1 | 1 | 3 | 42.9% |
| Abdomen | 1 | | 1 | 2 | 28.6% |
| Pecho | 1 | | | 1 | 14.3% |
| Manos | | | 1 | 1 | 14.3% |
| Piernas | | | 1 | 1 | 14.3% |
| Muslos | | | 1 | 1 | 14.3% |
| Talones de los pies | | | 1 | 1 | 14.3% |
| Total | 27 | 10 | 18 | | |

En cuanto al carácter del dolor, se encuentra que tiene mayor prevalencia el dolor interno (49.1%), seguido por el dolor interno y externo (32.7%) y finalmente el dolor percibido de forma externa (superficial) en el organismo (18.2%).

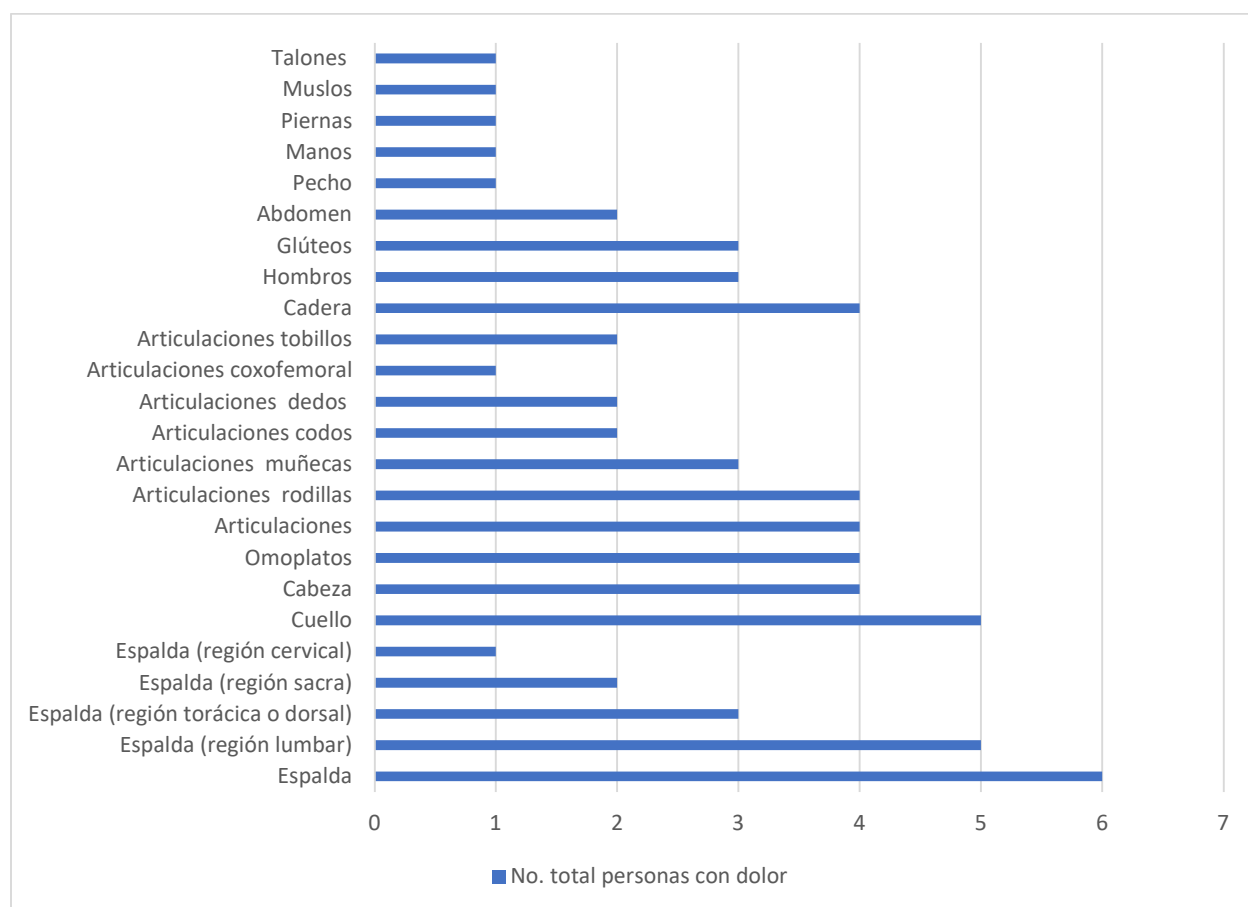


Figura 2. Cantidad de pacientes por localización anatómica del dolor.

Las regiones anatómicas más afectadas son la espalda (6 personas, 85.7%), cuello (5 personas, 71.4%), cabeza, omóplatos, articulaciones y cadera (4 personas, 57.1%). La región de la espalda en que con mayor frecuencia se presenta dolor es la región lumbar (5 personas, 71.4%), seguida por las regiones dorsal (3 personas, 42.9%), sacra (2 personas, 28.6%) y cervical (1 persona, 14.3%). En cuanto a las articulaciones, se encuentran afectadas las de las rodillas en 4 personas (57.14%), muñecas en 3 personas (42.9%), codos, dedos y tobillos en 2 personas (28.6%) y articulación coxofemoral en 1 persona (14.3%). También las pacientes refieren dolor con menor frecuencia en otras partes como son hombros y glúteos (3 personas, 42.9%), abdomen (2 personas, 28.6%), pecho, manos, y piernas (1 persona, 14.3%).

Tabla 6.

Distribución porcentual de las categorías que componen la experiencia de dolor en pacientes con trastornos mentales

| No. | Dimensión o Categoría | | | Diagnóstico psicológico |
|----------|-----------------------|----------|------------|---|
| | Sensorial | Afectiva | Evaluativa | |
| 1 | 52% | 75% | 25% | Trastorno mixto de ansiedad y depresión |
| 2 | 58% | 67% | 75% | Trastorno de ansiedad no especificado |
| 3 | 68% | 58% | 25% | Trastorno de ansiedad no especificado |
| 4 | 65% | 75% | 100% | Trastorno de ansiedad generalizada |
| 5 | 84% | 92% | 100% | Trastorno depresivo orgánico |
| 6 | 52% | 58% | 25% | Trastorno de ansiedad generalizada |
| 7 | 90% | 83% | 100% | Trastorno depresivo orgánico |
| Promedio | 67% | 73% | 64% | |

Se evidencia que, en promedio, el área que más impacta en la sensación dolorosa es la afectiva (73%), seguida por la dimensión sensorial (67%) y por último la dimensión evaluativa que presenta un valor promedio menor (64%).

A continuación se presentan los graficos de los diagnósticos psicológicos y los resultados de cada una de las categorías o dimensiones:

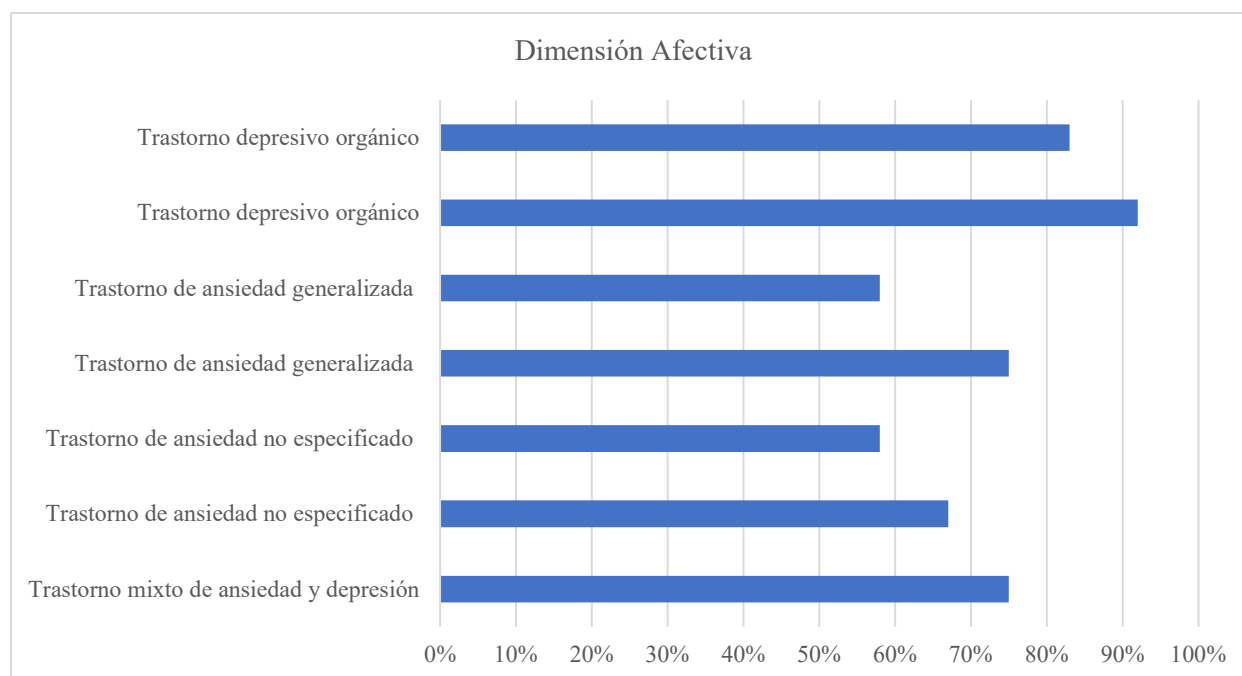


Figura 3. Dimensión afectiva y trastornos mentales

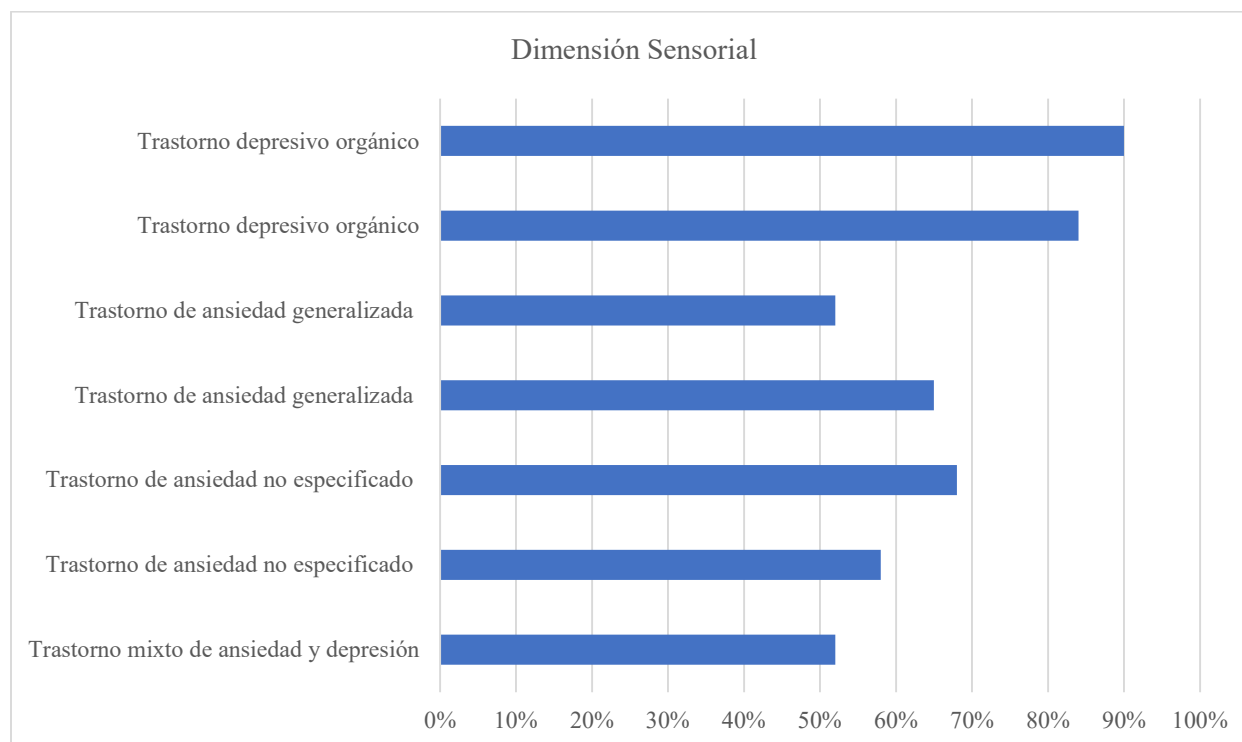


Figura 4. Dimensión sensorial y trastornos mentales

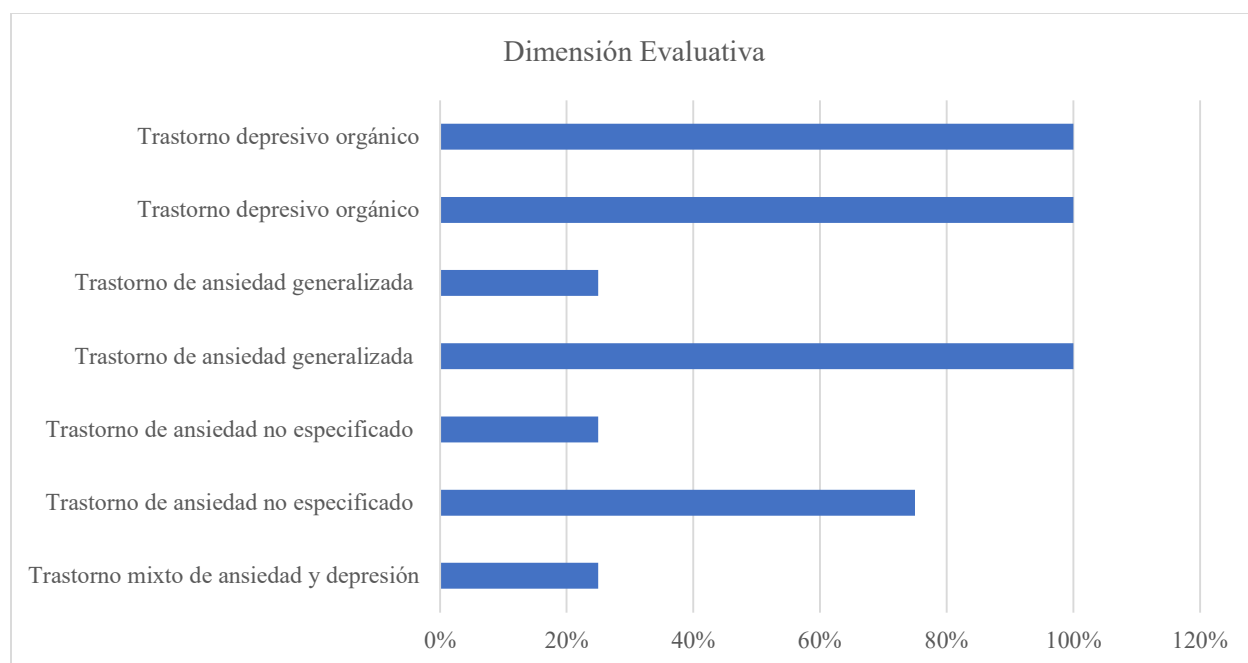


Figura 5. Dimensión evaluativa y trastornos mentales

Es evidente que las personas con trastorno depresivo orgánico presentan los valores más elevados en todas las 3 dimensiones investigadas. En la dimensión afectiva, los valores se encuentran entre el 58% y el 92%, en la dimensión sensorial entre 52% y 90% y en la dimensión evaluativa entre 25% y 100%.

Tabla 7.

Síntomas acompañantes

| No. | Actividad | Sueño | Apetito | Diagnóstico psicológico |
|-----|------------|--------------|------------|---|
| 1 | Disminuida | Interrumpido | Mínimo | Trastorno mixto de ansiedad y depresión |
| 2 | Disminuida | Insomnio | Normal | Trastorno de ansiedad no especificado |
| 3 | Disminuida | Interrumpido | Normal | Trastorno de ansiedad no especificado |
| 4 | Disminuida | Normal | Mínimo | Trastorno de ansiedad generalizada |
| 5 | Mínima | Insomnio | Disminuido | Trastorno depresivo orgánico |
| 6 | Disminuida | Interrumpido | Normal | Trastorno de ansiedad generalizada |
| 7 | Imposible | Insomnio | Anorexia | Trastorno depresivo orgánico |

Adicional de la lista de descriptores, el instrumento presenta preguntas que dan cuenta las alteraciones que la sensación dolorosa puede traer consigo en la cotidianidad de los pacientes, lo

cual evalúa la prueba mediante los síntomas acompañantes en tres aspectos: actividad diaria, sueño y apetito (Bejarano et al.,1985). Así, a causa del dolor, las 7 pacientes de la muestra (100%) presentan algún grado de limitación en la capacidad para la realización de sus actividades, 6 presentan alteraciones en sus patrones de sueño (85.7%) y 4 manifiestan tener alguna afectación en su deseo de ingerir alimentos (57%).

Cabe destacar que en las dos personas con trastorno depresivo orgánico y la paciente con trastorno mixto de ansiedad y depresión, el 42.86% de la muestra, tienen alteraciones en las tres áreas evaluadas. Por su parte, las dos personas que presentan diagnósticos de trastorno de ansiedad no especificado y las 2 personas que tienen trastorno de ansiedad generalizada, 57.14% de la muestra del estudio, manifiestan un impacto negativo del dolor en dos de los tres síntomas acompañantes

Tabla 8.

Alteración ocasionada por el dolor en la actividad diaria

| Actividad | No. de Pacientes | Porcentaje de la Muestra |
|------------|------------------|--------------------------|
| Normal | 0 | 0% |
| Disminuida | 5 | 71.4% |
| Mínima | 1 | 14.3% |
| Imposible | 1 | 14.3% |

En cuanto a la actividad diaria, se presentan cuatro opciones según las limitaciones que ocasiona el dolor, siendo evaluada de menor a mayor así: normal, disminuida, mínima o imposible. Así, las elecciones realizadas dan cuenta que todas las mujeres presentan alguna afectación, siendo que la mayor parte de la muestra, 5 personas (71.4%), tiene disminuida la capacidad para desempeñar sus labores, para 1 paciente (14.3%) es mínima la capacidad de desarrollar las actividades cotidianas y para 1 de ellas (14.3%) es imposible.

Tabla 9.

Afectación producida por el dolor en el patrón de sueño

| Sueño | No. de Pacientes | Porcentaje de la Muestra |
|--------------|------------------|--------------------------|
| Normal | 1 | 14% |
| Interrumpido | 3 | 43% |
| Insomnio | 3 | 43% |

El sueño de las pacientes se encuentra alterado en 6 (86%) de ellas, donde 3 (43%) tienen un sueño interrumpido y 3 (43%) presentan insomnio. Solamente una persona manifiesta tener un sueño normal (14%).

Tabla 10.

Afectación causada por el dolor en el apetito

| Apetito | No. de Pacientes | Porcentaje de la Muestra |
|------------|------------------|--------------------------|
| Normal | 3 | 42.86% |
| Disminuido | 1 | 14.28% |
| Mínimo | 2 | 28.58% |
| Anorexia | 1 | 14.28% |

Respecto al apetito, se encuentran cuatro opciones según el impacto que tiene el dolor en la conducta alimentaria, siendo de menor a mayor alteración: normal, disminuido, mínimo o anorexia. Del total de la muestra, 4 personas (57.14% de la muestra) perciben alteraciones en este aspecto así: 2 pacientes (28.58%) tienen un apetito mínimo, 1 (14.28%) lo tiene disminuido y 1 (14.28%) presenta anorexia.

Tabla 11.

Diagnóstico psicológico, índice total del dolor e intensidad actual del dolor

| No | Diagnóstico de salud mental | Índice total del dolor | Intensidad actual del dolor |
|----|---|------------------------|-----------------------------|
| 1 | Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión | 57.4% | 100% |
| 2 | Trastorno de ansiedad no especificado | 63.9% | 60% |
| 3 | Trastorno de ansiedad no especificado | 54.1% | 40% |
| 4 | Trastorno de ansiedad generalizada | 68.9% | 60% |
| 5 | Trastorno de ansiedad generalizada | 47.5% | 40% |

| | | | |
|---|------------------------------|-------|-------|
| 6 | Trastorno depresivo orgánico | 85.2% | 100% |
| 7 | Trastorno depresivo orgánico | 86.9% | 80% |
| | Media o Promedio | 66.3% | 68.6% |

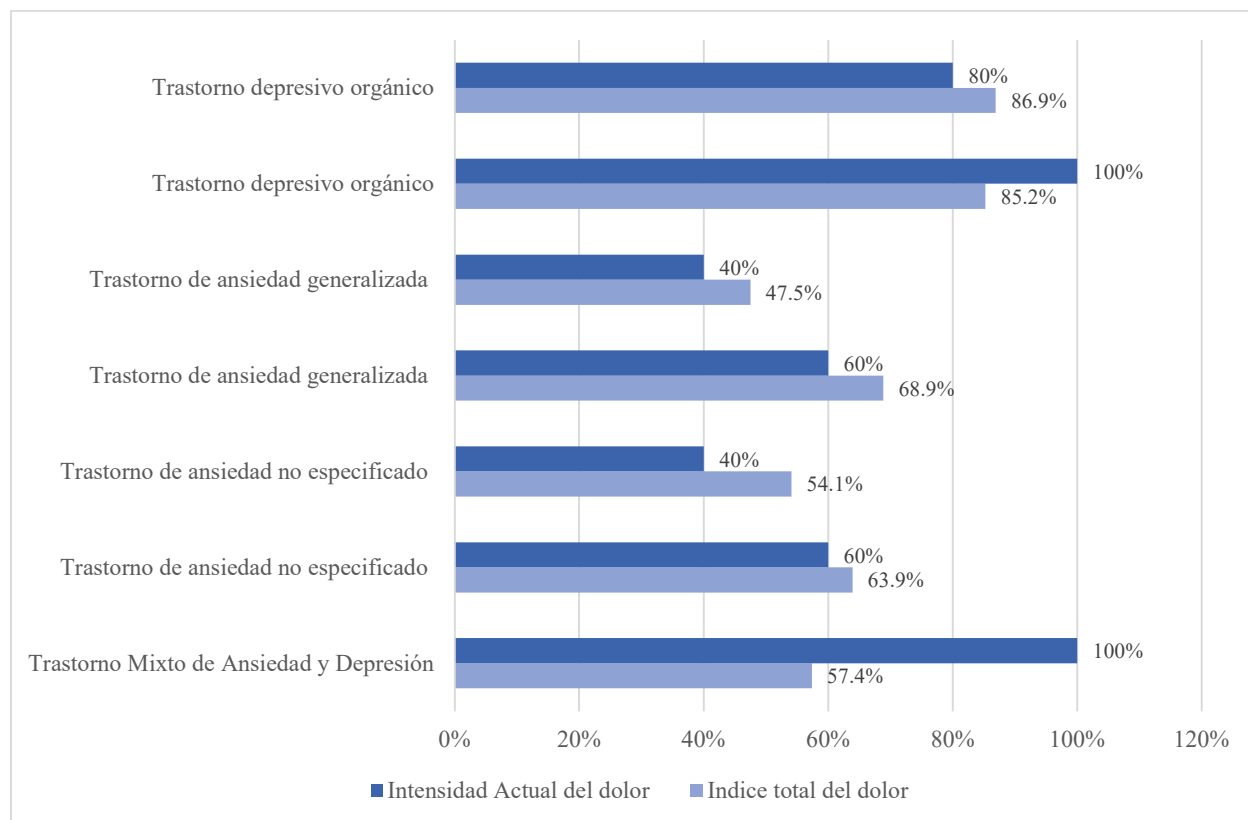


Figura 6. Diagnóstico psicológico, índice total del dolor e intensidad actual del dolor

En cuanto al dolor presente en el momento de la muestra (intensidad actual del dolor), se encontró que las dos personas con diagnóstico de trastorno depresivo orgánico presentan los valores más altos, 100% y 80%, al igual que una paciente con trastorno trastorno mixto de ansiedad y depresión cuya valoración es de 100%.

Por su parte, los pacientes que perciben que su dolor presente es del 60% presentan trastorno de ansiedad no especificado (1 persona) y trastorno de ansiedad generalizada (1 mujer). Finalmente, la evaluación de intensidad del dolor presente de 40% se encuentra en 1 participante con trastorno de ansiedad no especificado y 1 con trastorno de ansiedad generalizada.

Respecto al índice total del dolor, las 2 personas con trastorno depresivo orgánico presentan los mayores valores (86.9% y 85.2%), seguido por una persona con trastorno de ansiedad generalizada (68.9%), una con trastorno de ansiedad no especificado (63.9%), una con trastorno mixto de ansiedad y depresión (57.4%), una con trastorno de ansiedad no especificado (54.1%) y por último una con trastorno de ansiedad generalizada (47.5%).

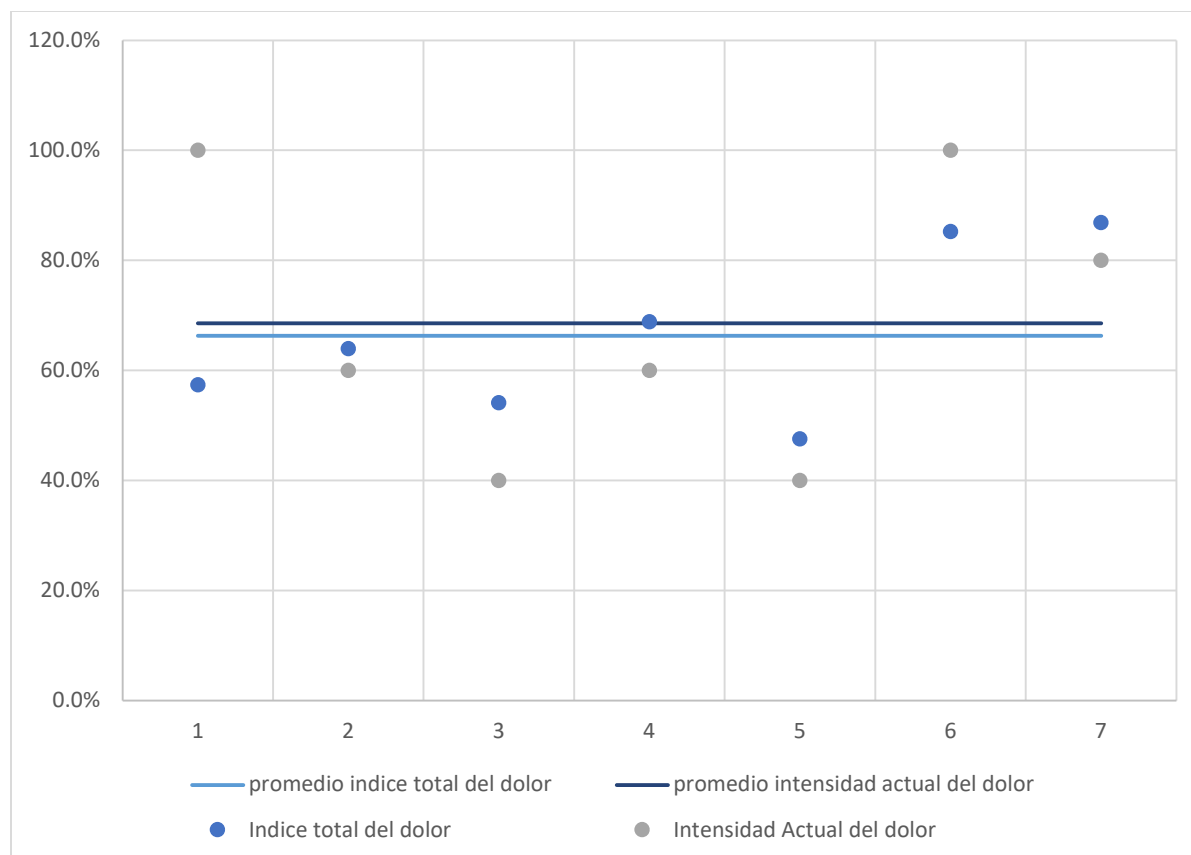


Figura 7. Diagrama de dispersión y promedio del índice total y actual del dolor

La figura 7, presenta un diagrama de dispersión de los resultados obtenidos en la tabla 11 y la media o promedio estadístico. En este diagrama se evidencia que en 5 de las personas 7 personas, el valor del índice total del dolor es superior a la intensidad del dolor actual, es decir, la mayoría de las personas califican el dolor que presentan frecuentemente con una intensidad de

dolor superior a la que sienten en el momento del diligenciamiento del cuestionario. El caso contrario, en el que las personas sienten que su dolor presente al diligenciar el cuestionario es superior al que generalmente han manifestado, se encuentra en 2 personas, de las cuales, acorde con la numeración establecida en la tabla 11, una presenta diagnóstico de trastorno mixto de ansiedad y depresión y la otra tiene un trastorno depresivo orgánico. Vale la pena notar que el promedio de la intensidad actual del dolor y del índice total del dolor son muy similares (68.6% y 66.3% respectivamente), teniendo una diferencia del 2.3% únicamente.

Discusión

El presente estudio permitió dar respuesta a la pregunta de investigación ¿cuáles son las características del dolor en los pacientes con trastornos mentales que reciben atención psicológica en la provincia Sabana Centro?, encontrando que el dolor en esta población va más allá de la mera experiencia somática y que, dentro de su multidimensionalidad, mantiene unas propiedades subjetivas, asociadas a los factores biológicos, psicológicos y socioculturales, tal como lo plantea González (2014), lo que se refleja en la evaluación del cuestionario McGill del dolor.

El estudio da cuenta de dos tipos de trastorno que se asocian con la experiencia de dolor: los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos. Así, 4 de las participantes (57.14%) presentan diagnóstico de trastorno de ansiedad, 2 (28.6%) tienen trastorno depresivo y una (14.2%) tiene un trastorno mixto de depresión y ansiedad.

Estos resultados son consistentes con lo encontrado por Truyols et al. (2008), quienes sustentan que el trastorno de ansiedad y el trastorno depresivo son los que principalmente se presentan cuando hay dolor. Según estos autores, la connotación emocional negativa del dolor es la causa de la incidencia de estos dos trastornos. Por un lado, la ansiedad es una de las respuestas

más tempranas del dolor que se identifica y que puede contribuir a su aumento o mantenimiento; por otro lado, la depresión es una de las respuestas emocionales que más frecuentemente se presenta cuando hay dolor y está puede influir en una baja eficiencia del tratamiento médico (Truyols et al., 2008).

Adicionalmente, a causa del dolor, las personas se aíslan por temor a ser juzgadas o ignoradas, lo que conlleva a la aparición de estrés, ansiedad y depresión elevada, lo que a su vez incrementa los síntomas de la patología que presentan (Vásquez, 2015). Esta situación demuestra la necesidad de atender a todos los factores que afectan al paciente, desde un enfoque biopsicosocial, a fin de proveer un manejo multidisciplinario que redunde en la mejora de las diferentes áreas de su funcionamiento vital.

El dolor, como experiencia personal y subjetiva, influenciada por la cultura, los significados dados a las situaciones y otras variables psicológicas, requiere un estudio que tenga en cuenta las categorías (dimensiones) que la componen para tener una evaluación objetiva y real que provea una medida válida de su intensidad (Katz & Melzack, 1999). Así, esta investigación a través del uso del cuestionario del dolor McGill establece claramente los valores dados por la muestra a cada una de las dimensiones: sensorial-discriminativa, motivacional afectiva y cognitiva-evaluativa, evidenciando que el dolor es una experiencia con características particulares para cada individuo.

El estudio evidencia que, en promedio, el área que más impacta en la sensación dolorosa es la afectiva (73%) , es decir, la representación que tiene la persona del dolor como algo aversivo, desagradable, que produce malestar emocional y conductas de escape cuando se presenta el estímulo doloroso (Moretti, 2010). A continuación, la dimensión sensorial (67%) , que representa la respuesta del mecanismo neurofisiológico a las alteraciones nocivas del

organismo (Blanco, Espinosa, Marcos, & Rodríguez, 2004). Finalmente, la dimensión evaluativa, asociada a las experiencias pasadas y las condiciones socioculturales (Olivares & Cruzado, 2008), presenta un valor promedio menor (64%), lo cual indica que esta dimensión ejerce un rol importante pero con menos impacto en la experiencia de dolor. Esto da muestras de la importancia que tienen los diferentes componentes emocionales y subjetivos, al igual que las propiedades físicas que produce la experiencia de dolor en la intensidad con que se vive esta situación.

En este sentido, vale la pena resaltar que las pacientes que presentan un diagnóstico de trastorno depresivo orgánico (debido a enfermedades crónicas, en este caso una persona presenta enfermedad de Crohn y la otra artritis reumatoidea) son quienes presentan una mayor puntuación en todas las dimensiones respecto a las otras personas de la muestra, al igual que presentan los valores más altos en cuanto a la intensidad de dolor actual y total. Estos resultados son relevantes pues dan cuenta de la simultaneidad de los factores físicos, psicológicos y ambientales que influyen en la sensación de dolor y que se reflejan en la calificación que les atribuye cada paciente (Serrano-Atero, et al., 2002).

En relación a la localización del dolor, los sitios que presentan mayor prevalencia en la muestra son el dolor de espalda (6 personas, 85.7%), cuello (5 personas, 71.4%) y cabeza, omóplatos, articulaciones y cadera (4 personas, 57.1%) . Estos resultados están alineados con investigaciones como la de McWilliams, Goodwin y Cox (2004), quienes afirman que existe una asociación entre los problemas de salud y las psicopatologías, tales como migraña, dolor de espalda y articular. Adicionalmente, estos autores hacen referencia en su estudio que las tasas más altas de enfermedades mentales se asocian con quejas de dolores múltiples frente a quienes tienen una sola molestia física o no presentan molestia. Esto es coherente con la investigación

desarrollada donde 6 de las 7 de las personas de la muestra (el 85.7%) refieren dolor en diferentes partes de su cuerpo.

En cuanto a las actividades de la vida diaria, se encuentra que todos los participantes percibe que el dolor altera en algún grado su capacidad de realizarlas, lo cual se encuentra descrito también por Vicente-Herrero, et al. (2016) quien halló que el dolor se convierte en una interferencia que impide el pleno desarrollo de las labores cotidianas. Acorde con este autor, las estadísticas indican el 94,6% de la población manifiesta que el dolor ocasiona poca interferencia, el 4,1 % dicen que hay un grado de afectación intermedia y el 1,3 % presenta un nivel alto de afectación por el dolor (Vicente-Herrero, et al., 2016). Estos datos son similares a los encontrados en el trabajo de investigación realizado ya que en 5 de las 7 personas (71,4%) se encuentra disminuida la capacidad de desarrollar las labores cotidianas, 1 persona (14,3%) indica que es mínimo lo que puede hacer y 1 persona (14.3%) refiere que le es imposible desarrollar cualquier actividad.

En relación al sueño, únicamente 1 participante (14%) de la investigación reporta normalidad, mientras que 3 personas (42.85%) presentan interrupciones en su sueño y otras 3 (42.85%) manifiestan tener insomnio debido al dolor. Vale la pena notar que el sueño y el dolor son procesos críticos de gran importancia que presentan una dinámica bidireccional (Doufas, 2017). Las alteraciones del sueño adicionalmente puede exacerbar las enfermedades mentales o ser detonante para la aparición de una nueva crisis (Medina, Sánchez, Conejo, Fraguas, & Arango, 2007)

Respecto a la reducción o falta del apetito, Jakobsson (2010) indica que este se puede ver afectado en un sujeto que padece dolor físico. Adicionalmente, la pérdida de apetito puede ser ocasionada por depresión, ansiedad o ser el síntoma de una enfermedad (Núñez-Hernández, et

al., 2014). En el estudio desarrollado se encontró que en situación de dolor, y a pesar de presentar psicopatologías asociadas a la depresión y la ansiedad, 3 participantes (2.85%) mantuvieron el apetito normal, 1 (14.28%) lo tuvo disminuído, para 2 personas (28.6%) el apetito fue mínimo y en 1 (14.28%) el dolor ocasionó anorexia.

Así entonces, los participantes del estudio, presentaron características comunes a las descritas en investigaciones realizadas en diferentes contextos, en cuanto a la presencia de dolor en personas con trastornos mentales. Es notable la presencia de trastornos ansiosos o depresivos, lo que es congruente con la literatura médica que plantea la presencia de una morbilidad asociada entre dolor, ansiedad y depresión (Arango-Dávila & Rincón-Hoyos, 2018), sin embargo, vale la pena notar que hay una mayor presencia de trastornos de ansiedad que depresivos.

Debido a la limitación en la cantidad de pacientes estudiados, es importante continuar con estas investigaciones en una población más amplia, de ambos sexos, en la que se pueda hacer seguimiento para emitir conceptos más específicos. Igualmente, es crucial el seguir profundizando en el conocimiento de los componentes que afectan la experiencia dolorosa para comprender la forma como interactúan y descubrir nuevas maneras de abordarlo. Así mismo, esta respuesta debe ser individualizada y concertada por un equipo de profesionales de diferentes áreas de la salud.

El manejo de los casos de personas con dolor y trastornos mentales requiere una atención oportuna e integral en la que se sensibilice al paciente para que pueda reconocer la relación que tienen estos componentes en la intensidad de la sensación y la necesidad de proveerles un tratamiento adecuado. Con este conocimiento, hay mayor probabilidad de que la persona sea adhiere al tratamiento, mejore las psicopatologías y disminuya o elimine la sensación de dolor.

El uso del cuestionario McGill del dolor provee una amplia gama de información, que permite estudiar el dolor desde múltiples dimensiones que amplían la visión desde la que se evalúa el dolor. Adicionalmente, el instrumento usado presenta ventajas por tener muy buena aceptación y contar con adjetivos de fácil interpretación que facilitan su aplicación en diferentes entornos socioculturales. Sin embargo, la adaptación para Colombia del Cuestionario del Dolor McGill data de 1985, lo que indica una necesidad de revisarlo y actualizarlo, haciéndolo más preciso y fácil de diligenciar, a fin de evitar errores del lector y mejorar la exactitud en las medidas de las dimensiones e intensidad del dolor.

Es recomendable plantear un diseño que permita establecer correlaciones para determinar la medida en la cual las variables dolor y trastornos mentales se encuentran relacionadas. Igualmente, vale la pena desarrollar estudios idiográficos que permitan indagar la manifestación particular del trastorno psicológico y la especificidad de la sintomatología dolorosa.

La especificidad de los criterios de inclusión, especialmente la necesidad de estar en las primeras etapas de atención psicológica, produjo una disminución representativa de la población que cumplía con los requerimientos para hacer parte de la muestra. Esta situación, tuvo como consecuencias el tener un número reducido de participantes, aunque con la realización del análisis, se obtuvieron resultados significativos que favorecieron la exploración de las variables de interés, dando cuenta de las características de la población respecto al dolor y los trastornos mentales que presentan. Para futuras investigaciones se sugiere contar con una muestra más amplia de participantes que permita una mejor generalización de los resultados obtenidos.

Referencias

- Abreu, M., Montes, M. J., Quinteros, G., Retamoso, J., & Retamoso, I. (2019). Una experiencia de trabajo interdisciplinario en dolor crónico. Resultados y desafíos. *Revista Médica del Uruguay*, 36-41.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5 ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arango-Dávila, C. A., & Rincón-Hoyos, H. G. (2018). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 46-55.
doi:10.1016/j.rcp.2016.10.007
- Ascencio, L., Hernández, P., & Sandoval, M. (2000). La psicología de la salud en la clínica del dolor. Presentación de un caso. *Revista Hospital Juárez de México*, 67(2), 100-102.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2014). *Abnormal Psychology* (7 th ed.). Stamford: Cengage Learning.
- Bejarano, P., Osorio, R., Rodriguez, M. L., & Berrío, G. M. (1985). Evaluación del dolor: Adaptación del cuestionario de McGill. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 13, 321-351.
- Benítez, J. M., Manuel, R., Manzanera, R., & Mínguez, J. C. (2010). *Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad Generalizada con Presentación de Síntomas Somáticos*. Madrid: Organización Médica Colegial de España.

- Bennett, M. (2002). La Escala de Dolor de LANSS: la evaluación de síntomas neuropáticos de Leeds. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, 74-87.
- Biesemans, L., Cleef, L. E., Willemsen, R. T., Hoorweg, B. B., Renier, W., Buntinx, F., . . . Dinant, G.-J. (2018). Managing chest pain patients in general practice: an interview-based study. *BMC Family Practice*, 19(80). doi:10.1186/s12875-018-0771-0
- Blanco, E., Espinosa, J. M., Marcos, H., & Rodríguez, M. (2004). *Guía de buena práctica clínica en dolor y su tratamiento*. Madrid: International Marketing & Communications, S.A.
- Bondesson, E., Larrosa, F., Stigmar, K., Ringqvist, A., Petersson, I. F., Jöud, A., & Schelin, M. (2018). Comorbidity between pain and mental illness-evidence of a bidirectional relationship. *European Journal of Pain*, 22(7), 1304-1311. doi:10.1002/ejp.1218
- Bouhassira, D., Attal, N., Alchaar, H., Boureau, F., Brochet, B., Bruxelle, J., . . . Vicaut, E. (2005). Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*, 114(1), 29-36. doi:10.1016/j.pain.2004.12.010
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Buonanotte, C. F., Burrone, M. S., Abeldaño, A., Romero, D., Cometto, C., Gomez, P. F., . . . Enders, J. E. (2014). Comorbilidad entre dolor crónico y trastornos mentales y del comportamiento en pacientes que consultan al servicio de neurología. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Córdoba*, 71(Suplemento).

- Bustos, M. (2008). Núcleo accumbens y el sistema motivacional a cargo del apego. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 46(3), 207-215. doi:10.4067/S0717-92272008000300006
- Carrasco-Aldunate, P., Rubio-Acuña, M., & Fuentes-Olavarria, D. (2012). Consentimiento informado: un pilar de la investigación clínica. *Aquichan*, 12(1).
- Chaparro, E. A., & Montenegro, M. C. (2017). *Prevalencia de trastornos mentales de pacientes atendidos en el Centro de Servicios Psicológicos de la Universidad de la Sabana pertenecientes a distintas características sociodemográficas*. Chía: Universidad de la Sabana.
- Chóliz, M. (1994). El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional-afectiva. *Ansiedad y Estrés*, 0, 77-88.
- Church, H. A., Corvin, A., & Lucey, J. V. (2012). Anxiety disorders. En M. Phelan, J. Stern, & P. Wright, *Core psychiatry* (págs. 207-224). Elsevier ltd.
- Colegio de Médicos de Segovia. (2014). *Dolor. Definición y Clasificación*. Obtenido de ICOMSegovia:
<http://www.comsegovia.com/paliativos/pdf/curso2014/sesion2/1%20DOLOR.DEFINI.DIAGNOSTICOINTERDISCIPLINAR.SESION2.pdf>
- Cook, T. D., & Reichardt, C. S. (1986). Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos. En C. Reichardt, & T. Cook, *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa* (págs. 3-7). Madrid: Sage Publications.
- Cutler, J. L. (2014). *Psychiatry* (3rd ed.). New York: Oxford.

- Daut, R. L., Cleeland , C. S., & Flanery , R. C. (1983). Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to Assess Pain in Cancer and other Diseases . *Pain*, 17(2), 197-210.
doi:10.1016/0304-3959(83)90143-4
- Del Arco, J. (2015). Curso básico sobre dolor. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. *Farmacia Profesional*, 29(1), 36-43.
- Denk, F., McMahon, S. B., & Tracey, I. (2014). Pain vulnerability: a neurobiological perspective. *Nature Neuroscience*, 17(2), 192-200. doi:10.1038/nn.3628
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018-Colombia*. Bogotá. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018/informacion-tecnica>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2008). *Censo General 2005*. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
- Departamento de Planeación Nacional. (15 de Marzo de 2018). Documento COMPES 3918. Bogotá, D.C., Colombia.
- Díaz, P. F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 33-37.
- Díaz, R., Marulanda, F., & Sáenz, X. (2009). Estudio epidemiológico del dolor crónico en Caldas, Colombia (Estudio Dolca). *Acta Médica Colombiana*, 34(3), 96-102.
- DiTomasso, R. D., & Gosch, E. A. (2006). *Anxiety Disorders : A Practitioner's Guide to Comparative Treatments*. New York: Springer Publishing Company.

- Doufas, A. G. (2017). Pain and Sleep. En M. H. Kryger , T. Roth, & W. C. Dement, *Principles and Practice of Sleep Medicine* (págs. 1313-1322). Elsevier. doi:10.1016/B978-0-323-24288-2.00133-1
- Downie, W. W., Leatham, P. A., Rhind, V. M., Wright, V., Branco, J. A., & Anderson, J. A. (1978). Studies with pain rating scales. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 37, 978-381.
- Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., & Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of pain research*, 9, 457- 467. doi:10.2147/JPR.S105892
- Durand, V. M., & Barlow, D. H. (2013). *Essentials of Abnormal Psychology*. Belmont: Wadsworth, Cengage Learning.
- Eisenach, J., & Brennan, T. (2018). Pain after surgery. *Pain* , 159(6), 1010-1011.
- Fisher, B. J., Haythornthwaite, J. A., Heinberg, L. J., Clark, M., & Reed, J. (2002). Intención de suicidio en pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9(3), 146-156.
- Gerrits, M., Vogelzangs, N., van Oppen, P., van Marwijk, H., van der Horst, H., & Penninx, B. (2012). Impact of pain on the course of depressive and anxiety disorders. *Pain*, 153(2), 429-436. doi:10.1016/j.pain.2011.11.001
- Gómez, A. (2017). Salud física y salud mental. *Farmacia Abierta*, 21(7), 53-56.
- González, M. (2014). Dolor Crónico y Psicología. *Revista Médica Clínica Los Condes*, 25(4), 610-617.

- González, V. M. (2003). Trastorno mixto ansioso-depresivo. En F. Gonçalves, V. M. González, & J. Vázquez, *Guía de Buena Práctica en Depresión y Ansiedad* (págs. 93-109). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España-Organización Médica Colegial de España.
- González-Escalada, J. R., Camba, A., Muriel, C., Rodríguez, M., Cotreras, D., & De Barutell, C. (2012). Validación del índice de Lattinen para la evaluación del paciente con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 19(4), 181-188.
- Guic, E., Rebolledo, P., Galilea, E., & Robles, I. (2002). Contribución de factores psicosociales a la cronicidad del dolor lumbar. *Revista Médica de Chile*, 130(12), 1411-1418.
doi:10.4067/S0034-98872002001200012
- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G., & Gater, R. (1998). Persistent Pain and Well-being: : A World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*, 280(2), 147-151.
doi:10.1001/jama.280.2.147
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain. *Arthritis Care & Research*, 63(S11), S240-S252. doi:10.1002/acr.20543
- Hernández, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4 ed. ed.). México D.F.: Mc.Graw Hill.
- Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *The Lancet*, 304(7889), 1127-1131.
doi:10.1016/s0140-6736(74)90884-8
- Iglesias, M., Barreiro, M., Vázquez, I., Figueiras, A., Nieto, L., Lorenzo, A., & Domínguez-Muñoz, J. E. (2009). Impacto psicológico de la enfermedad de Crohn en pacientes en

remisión: riesgo de ansiedad y depresión. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 101(4), 249-257.

International Association for the Study of Pain IASP. (1994). Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. En I. T. Taxonomy, *Classification of Chronic Pain* (pág. 210). Seattle: IASP Press.

Jackson, T., Sarah, T., Stabile, V., Han, X., Shotwell, M., & McQueen, K. (2016). Chronic Pain Without Clear Etiology in Low- and Middle-Income Countries: A Narrative Review. *Anesthesia & Analgesia*, 122(6), 2028-2039. doi:10.1213/ane.0000000000001287

Jakobsson, U. (2010). SRHE The epidemiology of chronic pain in a general population: results of a survey in southern Sweden. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 39(5), 421-429. doi:10.3109/03009741003685616

Karnofsky, D. A., Abelmann, W. H., Craver, L. F., & Burchenal, J. H. (1948). The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinom. With Particular Reference to Bronchogenic Carcinoma. *Cancer*, 1, 634-656. doi:https://doi.org/10.1002/1097-0142(194811)1:4<634::AID-CNCR2820010410>3.0.CO;2-L

Katz, J., & Melzack, R. (1999). Measurement of pain. *Surgical Clinics of North America*, 2, 231-252. doi:10.1016/s0039-6109(05)70381-9

Katz, J., & Melzack, R. (2011). The McGill Pain Questionnaire: Development, psychometric properties, and usefulness of the long-form, short-form, and short-form-2. En J. Katz, & R. Melzack, *Handbook of pain assessment* (3 ed., págs. 45-66). New York: Guilford Press.

- Kerns, R. D., Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1985). The West Haven Yale multidimensional pain inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356. doi:10.1016/0304-3959(85)90004-1
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graff, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., . . . Ustun, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176.
- Ley 1090. (6 de septiembre de 2006). *Diario Oficial No. 46.383*. Colombia: Congreso de la República de Colombia.
- Maldonado, G., Ríos, C., Paredes, C., Ferro, C., Intriago, M. J., Aguirre, C., . . . Moreno, M. (2017). Depresión en artritis reumatoide. *Revista Colombiana de Reumatología*, 24(2), 84-91. doi:10.1016/j.rcreu.2016.12.001
- Marina, P. A. (2017). Psiquiatría y dolor crónico. *Psicosomática y Psiquiatría*, 1(1), 70-80.
- McWilliams, L. A., Goodwin, R. D., & Cox, B. j. (2004). Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain*, 111(1), 77-83. doi:10.1016/j.pain.2004.06.002
- Medina, O., Sánchez, N., Conejo, J., Fraguas, D., & Arango, C. (2007). Alteraciones del sueño en los trastornos psiquiátricos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(4), 701-717.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299. doi:https://doi.org/10.1016/0304-3959(75)90044-5
- Ministerio de Salud. (4 de octubre de 1993). *Resolución número 8430 de 1993*. Recuperado el 2019, de Minsalud:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *ABÉCE sobre la salud mental, sus trastornos y estigma*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social MINSALUD.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Minsalud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Promoción y prevención de la salud*.

Recuperado el 6 de agosto de 2019, de Minsalud:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Promoci%C3%B3nyPrevenci%C3%B3n.aspx>

x

Morales-Osorio, M. A. (2016). Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud UDES. *Del Modelo Biomédico al Modelo Biopsicosocial: El desafío pendiente para la fisioterapia en el dolor musculoesquelético crónico*, 3(2), 97-101.

Moretti, L. S. (2010). Variables Cognitivas Implicadas en la Experiencia de Dolor Crónico. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(3), 21-29.

Morley, S. (2008). Psychology of pain. *British Journal of Anaesthesia*, 101(1), 25-31.
doi:10.1093/bja/aen123

Moser, G. (2009). Depresión y ansiedad en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología y Hepatología*, 32(2), 9-12. doi: 10.1016/s0210-5705(09)72599-3

Naciones Unidas . (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Santiago: Naciones Unidas.

- Núñez-Hernández, V. J., Vargas-Cerero, E. A., Sánchez-Madrigal, J., Jaramillo, E., Martínez-Navarro, J., & Nava, A. (2014). Nociones sobre fisiología del apetito. *Apetito y hambre. El Residente*, 9(1), 15-19.
- Obando, D., Romero, J., Trujillo, A., & Prada, M. (2017). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Población Clínica de un Centro de Atención Psicológica. *Psychologia*, 11(1), 85-96.
- Observatorio Sabana Centro. (2019). *Informe de Calidad de Vida 2018 - Sabana Centro Cómo Vamos*. Chía: Universidad de la Sabana.
- Olivares, M. E., & Cruzado, J. A. (2008). Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y salud*, 19(3), 321-241.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud OMS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). *Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Decima Revisión* (Edición de 2015 ed., Vol. 1). Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *CIE-11*. Obtenido de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1581976053>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2 de Septiembre de 2019). *World Health Organization International*. Obtenido de Suicidio: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Volúmen 1 Catálogo CIE-10*. Obtenido de OPS/OMS: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9178:2013-actualizaciones-cie-10&Itemid=40350&lang=es
- Ortiz, L., & Velasco, M. (2017). Dolor Crónico y Psiquiatría. *Revista Médica Clínica Los Condes*, 28(6), 866-873. doi:10.1016/j.rmclc.2017.10.008
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
- Peña, E. (2012). *Probabilidad y Estadística*. Tlalnepantla, México: Red Tercer Milenio.
- Pérez, M., & Pérez, Y. (2018). Los factores psicosociales en el dolor crónico. Intervención fisioterapéutica desde un enfoque biopsicosocial. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*, 3(1), 39-53.
- Phelan, M., Stern, J., & Padraig, W. (2012). Challenges to psychiatry: Antipsychiatry, the user movement and stigma. En M. Phelan, S. Julian, & W. Padraig, *Core Psychiatry* (3 ed ed., págs. 155-164). Elsevier Ltd.
- Pudalov, L., Swogger, M., & Wittink, M. (2018). Towards integrated medical and mental healthcare in the inpatient setting: what is the role of psychology? *International Review of Psychiatry*, 1-14. doi:10.1080/09540261.2018.1552125

- Rathmell, J. P., & Fields, H. L. (2015). Pain: Pathophysiology and Management. En D. L. Kasper, S. L. Hauser, J. L. Jameson, A. S. Fauci, D. L. Longo, & J. Loscalzo, *Harrison's Principles of Internal Medicine (19th ed.)* (págs. 87-95). New York: McGraw-Hill.
- Rhudy, J., & Williams, A. (2005). Gender Differences in Pain: Do Emotions Play a Role? *Gender Medicine*, 2(4), 208-226. doi:10.1016/s1550-8579(05)80051-8
- Rojas, C., Esser, J., & Rojas, M. (2004). Complejidad del dolor y el sufrimiento humano. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 7(3), 70-81.
- Rostaing-Rigattieri, S., & Guerin, J. (2014). *Douleurs cancéreuses : bonnes pratiques cliniques de prise en charge, gestions des opioïdes forts* (Vol. 43). Paris, France: Presse Medicale. doi:10.1016/j.lpm.2013.05.005
- Serrano-Atero, M. S., Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P. L., Serrano-Álvarez, C., & Prieto, C. (2002). Valoración del dolor (II). *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 9(2), 109-121.
- Shim, E.-J., Hahm, B.-J., Go, D., Lee, K.-M., Noh, H., Park, S.-H., & Song, Y. (2017). Modeling quality of life in patients with rheumatic diseases: the role of pain catastrophizing, fear-avoidance beliefs, physical disability, and depression. *Disability & Rehabilitation*, 40(13), 1509-1516. doi:10.1080/09638288.2017.1300691
- Simons, L. E., Elman, I., & Borsook, D. (2014). Psychological processing in chronic pain: A neural systems approach. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 61-78. doi:10.1016/j.neubiorev.2013.12.006

Soriano, J., & Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico.

Revista de la Sociedad Española del Dolor, 9, 13-22.

Stubbs, B., Eggermont, L., Mitchell, A. J., De Hert, M., Correll, C. U., Soundy, A., . . .

Vancampfort, D. (2015). The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131, 75-88.

doi:10.1111/acps.12325

Swift, A. (2018). Understanding pain and the human body's response to it. *Nursing Times*,

114(3), 22-26.

Szigethy, E., Knisely, M., & Drossman, D. (2018). Opioid misuse in gastroenterology and non-opioid management of abdominal pain. *Nature Reviews. Gastroenterology & Hepatology*,

15(3), 168-180. doi:10.1038/nrgastro.2017.141

Truyols, M. M., Pérez, J., Medinas, M. M., Palmer, A., & Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19(3), 295-

320.

Tsang, A., Von Korff, M., Lee, S., Alonso, J., Karam, E., Angermeyer, M. C., . . . Watanabe, M.

(2008). Common Chronic Pain Conditions in Developed and Developing Countries:

Gender and Age Differences and Comorbidity With Depression-Anxiety Disorders. *The*

Journal of Pain, 9(10), 883-891. doi:10.1016/j.jpain.2008.05.005

Universidad de La Sabana. (2015). *Sabana Centro, Una Provincia Sostenible*. Chía: Universidad de la Sabana. Obtenido de

https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos

_Empresa_y_Sociedad/Vision_OTRI/Informe_Sabana_Centro._Una_Provincia_Sostenible.pdf

Vadivelu, N., Kai, A., Kodumudi, G., Babayan, K., Fontes, M., & Burg, M. (2017). Pain and Psychology—A Reciprocal Relationship. *The Ochsner Journal*, 17(2), 173-180.

Vásquez, L. F. (2015). *Impacto del Dolor Crónico en la Calidad de Vida de Pacientes con Fibromialgia*. Cali: Pontificia Universidad Javeriana.

Vicente-Herrero, M. T., López-González, A. A., Ramírez, M. V., Capdevila, L. M., Terradillos, M. J., & Aguilar, E. (2016). Dolor en población laboral y su interferencia en actividades de la vida diaria. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 23(2), 64-74.

Vidal-Hagemeijer, A., Gómez, E., & Panés, J. (2005). Abordaje psicológico y psiquiátrico de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología y Hepatología Continuada*, 4(3), 122-131.

Weatherall, M. (2016). Symptoms and signs: Headache and facial pain. *Medicine*, 44(Neurology (Part 1 of 2)), 475-479. doi:10.1016/j.mpmmed.2016.05.013

Apéndices

Apéndice 1. Consentimiento informado para participantes de la investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo mi participación en la investigación realizada para la tesis de grado de la Maestría en Psicología de la Salud y de la Discapacidad; así como la publicación de los resultados del estudio, siempre que la información sea anónima. Entiendo que, aunque se guardará un registro de mi participación en la investigación, todos los datos recogidos estarán identificados por un código.

He sido informado acerca de que:

La participación en esta investigación no implica ningún riesgo conocido o esperado.

La investigación se realizará con fines académicos e investigativos, no incluye procesos de evaluación e intervención.

Mi participación es voluntaria y soy libre de retirarme de la investigación en cualquier momento sin penalización de ningún tipo.

Mi participación se realizará a través de responder el instrumento Cuestionario del Dolor McGill.

Las investigadoras responderán a cualquier pregunta respecto a los procedimientos de este estudio. Para cualquier información adicional acerca de los derechos de los participantes puedo contactarme con las psicólogas Tatiana Niño, estudiante de maestría en la Universidad de la Sabana al teléfono 300-5691981 o al correo electrónico tatiana.nino@gmail.com y/o Natalia Esparza, Asesora de la tesis para la cual se realiza el trabajo.

Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____ informo que se me han comunicado los objetivos de la investigación y voluntariamente doy el consentimiento para participar en este estudio.

Firma: _____

CC. _____

Fecha: _____

**Apéndice 2. Cuestionario McGill del Dolor (Melzack, 1975), adaptación para Colombia
tomada de Bejarano et al.(1985).**

CUESTIONARIO MCGILL DEL DOLOR

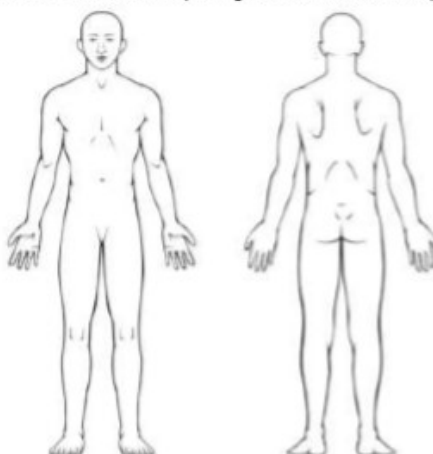
NOMBRE _____ HISTORIA C. _____
 FECHA _____ INSTRUCCIÓN _____
 FECHA DE INICIO DEL DOLOR _____
 MEDICACIÓN ACTUAL _____

DESCRIPCIÓN DEL DOLOR

| | | | |
|--|--|--|--|
| 1 ___ Que Tiembla ___ Que Pulsa ___ Que Vibra ___ Que Martilla | 2 ___ Brusco ___ Corrientazo ___ Disparo | 3 ___ Como Agujas ___ Que Perfora ___ Que Apuñala | 4 ___ Punzante ___ Cortante |
| 5 ___ Que Pellizca ___ Que Presiona ___ Que Tritura ___ Como un Calambre | 6 ___ Como Tirones ___ Que Estira ___ Que Retuerce | 7 ___ Calientes ___ Ardor ___ Que Quema | 8 ___ Comezón ___ Rasquiña ___ Hormigueo |
| 9 ___ Lento ___ Resentido ___ Que lastima | 10 ___ Sensible ___ Tenso ___ Como si se fuera a partir | 11 ___ Fatigante ___ Extenuante | 12 ___ Enfermante ___ Sofocante |
| 13 ___ Que da Miedo ___ Deprimente | 14 ___ Violento ___ Cruel ___ Fastidioso ___ Que Mata | 15 ___ Desesperante ___ Enceguecedor | 16 ___ Molesto ___ Problemático ___ Intenso ___ Insoportable |
| 17 ___ Que se Extiende ___ Que Penetra ___ Traspasa | 18 ___ Rígido ___ Tirante ___ Que Aprieta ___ Que Desgarra | 19 ___ Frio ___ Helado ___ Congelado | 20 ___ Repugnante ___ Atroz ___ Agonizante ___ Torturante |

| INTENSIDAD ACTUAL | INDICES POR DIMENSION | |
|-------------------|-----------------------|-----------|
| 0 NO DOLOR | S | (1-10) |
| 1 LEVE | A | (11-15) |
| 2 MODERADO | E | (16) |
| 3 FUERTE | MS | (17-19) |
| 4 INTENSO | MAE | (20) |
| 5 INSOPORTABLE | MT | (17-20) |
| | INDICE TOTAL | IT (1-20) |

CUESTIONARIO MCGILL DEL DOLOR
DISTRIBUCIÓN: (Marque la zona con dolor)



SINTOMAS ACOMPAÑANTES

| ACTIVIDAD DIARIA | SUEÑO | APETITO |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Normal |
| <input type="checkbox"/> Disminuida | <input type="checkbox"/> Interrumpido | <input type="checkbox"/> Interrumpido |
| <input type="checkbox"/> Mínima | <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Mínimo |
| <input type="checkbox"/> Imposible | | <input type="checkbox"/> Anorexia |

COMENTARIOS / EXAMEN CLÍNICO O PSICOLÓGICO
